UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Dissertação de mestrado

Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional

Mestranda Maria Aurora Dropa Chrestani

Orientadora: Iná da Silva dos Santos
Co-orientadora: Alicia Matijasevich

Pelotas, outubro de 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional

Mestranda Maria Aurora Dropa Chrestani

Orientadora: Iná da Silva dos Santos
Co-orientadora: Alicia Matijasevich

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências (área do conhecimento: Epidemiologia)

Pelotas, outubro de 2008

Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional

Banca examinadora

Prof. Dra. Iná da Silva dos Santos

Presidente da banca – UFPel

Prof. Dra. Denise Petrucci Gigante

Membro da banca – UFPel

Prof. Dr. Erno Harzheim

Membro da banca – URGS

Pelotas, 29 de outubro de 2008

Espero que os conhecimentos produzidos pela epidemiologia tenham sempre como principal objetivo o benefício das populações.

AGRADECIMENTOS

Certa vez, li um livro chamado "Madame Curie" que tratava da biografia de uma das cientistas mais importantes do mundo, cuja contribuição para o conhecimento dos efeitos da radioatividade foi notável. A partir daquele momento sempre me interessei por sua vida e obra e fiquei muito emocionada no dia em que tomei conhecimento de um discurso que ela proferiu na Universidade da Sourbonne para os alunos da época, pois as suas palavras reproduziram tudo aquilo que sinto com relação a minha vida profissional. Por isso, gostaria de iniciar os meus agradecimentos transcrevendo as suas palavras: "*Nenhum de nós pode fazer muito na vida, entretanto cada um de nós talvez possa ter um certo deslumbre do conhecimento, o qual em si, modesto e insuficiente poderá levar o desejo do homem de saber a verdade. São como pequenas velas em nossa escuridão, através das quais vemos pouco a pouco o vago contorno desse grande plano que molda o universo. Eu estou entre aqueles que pensam que a ciência têm grande beleza e com sua grande força espiritual irá, em tempo, purificar este mundo do mal, da ignorância, da pobreza, das guerras, das doenças e das tristezas. Procurem sempre a luz da verdade. Procurem novas estradas desconhecidas. Mesmo quando a visão do homem for mais aguçada, o assombro divino nunca irá deixá-lo. Toda a geração tem seus próprios sonhos e, por isso, deixem os sonhos de ontem. Procurem a tocha da sabedoria e construam o palácio do futuro.*"

Quando terminei a graduação em medicina, pensei que, embora adorasse prestar assistência às pessoas, me dedicar somente a essa atividade estava um pouco distante daquilo que eu gostaria de fazer. Então, descobri a saúde coletiva e foi na residência de medicina preventiva e social que entendi que a epidemiologia é uma das "velas" de nossa "escuridão". Mas, estudar epidemiologia parecia um tanto difícil. Nessa época, eu ainda estava namorando o Juraci, agora meu marido. O Jura é epidemiologista e é um dos profissionais mais competentes que conheço, mas, para mim, o mais importante é que ele é o melhor marido do mundo. Digo isto porque ele sempre se importou com o meu crescimento pessoal e profissional, sempre se preocupou em não me deixar à margem de minha profissão. Ele acreditou em mim, mesmo quando eu mesma era descrente do meu potencial. O Jura incentivou-me muito e teve uma paciência sobrenatural com as minhas angústias e com as minhas tantas tarefas exigidas durante o curso do mestrado. Amo-o e agradeço-o por isso e por tudo o que tem me ensinado. E a

minha felicidade é ainda maior porque em breve teremos um bebê e sinto muito orgulho de saber que o meu bebê terá um pai que, dentre muitas qualidades, a melhor delas é a de ser um belíssimo ser humano.

Desde que comecei a estudar, conheci e convivi com grandes mestres. Cada um deles contribuiu com as várias etapas da minha formação e não poderia deixar de mencioná-los e de, mais uma vez, agradecê-los: aos meus professores do colégio Sant'Ana, de Ponta Grossa, PR, onde nasci, em especial à Irmã Elviramaria Rodrigues, que ensinou-me que com humildade, paciência e muito trabalho podemos obter grandes conquistas pessoais e profissionais; aos meus professores da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), em especial, à professora Dra. Maura D. Huttner, ao professor Dr. Jaime Copstein (in memorian) e a médica Maria Letícia R. Figurelli que ensinaram-me a lição mais importante da medicina e que, infelizmente, está cada vez mais difícil de ser ensinada nas escolas médicas, a de ser médica; a toda equipe da Unidade de Saúde Areal Leste por ter acolhido-me com muito carinho durante a residência e depois como docente do Departamento de Medicina Social da UFPel; aos professores Juvenal S. Dias-da-Costa, Luis Henrique Faria e Ana Maria B. F. Teixeira, que muito apoiaram a minha formação na residência e me incentivaram na realização deste mestrado; ao Departamento de Medicina Social da UFPel, por ter me permitido, ainda como professora substituta, desenvolver todas as atividades do mestrado; pelo mesmo motivo, agradeço aos residentes do Areal e aos alunos de medicina da UFPel; ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas por ensinar-me sobre disciplina e organização, tarefas nem sempre fáceis de cumprir; aos colegas do mestrado que "arregaçaram as mangas" e deram o melhor de si tanto nas atividades das disciplinas do mestrado quanto no trabalho de campo do consórcio; a minha co-orientadora Alícia Matijasevich por toda a sua paciência e disponibilidade para me ajudar no manuseio do banco de dados, bem como os doutorandos David González Chica e Samuel de C. Dumith por ensinarem-me a vencer os desafios da Estatística; às entrevistadoras que trabalharam no consórcio, pela responsabilidade e empenho no trabalho de campo, em especial as meninas que trabalharam na segunda visita, Angélica, Elisângela, Mônica e Zenilda, cujo capricho e persistência durante o trabalho foram impecáveis. Não poderia deixar de agradecer à população da cidade de Pelotas que participou do estudo, pela confiança em receber a equipe do consórcio em suas casas e pela paciência em responder aos

questionários. Por esta razão, espero que os resultados de todas as pesquisas realizadas neste consórcio resultem de alguma forma em benefício dessas pessoas.

Um agradecimento especial para a minha orientadora Dra. Iná da Silva dos Santos, pessoa que sempre admirei não só por sua competência, por proporcionar sempre soluções muito simples, mas, sobretudo, pelo seu jeito elegante de viver. A lição mais importante que aprendi com ela: quando nos apaixonamos pelo que fazemos, a vida fica mais fácil, mais tranqüila e prazerosa.

Também gostaria de agradecer a minha irmã Giliane e à minha sogra dona Jacira pela torcida e pelas infinitas orações. Há tantas outras pessoas que ainda gostaria de agradecer, algumas que já não estão mais entre nós, mas que, apoiaram-me de várias maneiras para que eu pudesse chegar até aqui. À elas eu só posso oferecer uma oração e dizer meu muito obrigado!

Esta dissertação é uma espécie de troféu ganho pela vitória das várias etapas da minha vida. Isaac Newton uma vez disse: *"Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes"* e por isso eu quero agradecer aqueles que, dentre todos os gigantes, são os meus dois maiores: meu pai, Gilberto e a minha mãe Rita de Cássia. Eles foram sempre um exemplo de fé e coragem, pois mesmo diante de inúmeras dificuldades jamais deixaram de proporcionar tanto para mim quanto para a minha irmã a melhor educação possível. Este é o resultado.

SUMÁRIO

I. Projeto de pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado 2007

Projeto de Mestrado

Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo populacional.

Mestranda: Maria Aurora D. C. Cesar
Orientadora: Iná da Silva dos Santos
Co-Orientadora: Alicia Matijasevich
Revisora: Denise Petrucci Gigante

Pelotas, Setembro de 2007

Sumário

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, estando associada a 80% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e a 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração[1]. Há evidências suficientes de que, em indivíduos com níveis pressóricos normais, o aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de morte por AVC e infarto do miocárdio[2.]

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo[3]. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros[4]. No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos[5].

Estudo recente no Rio Grande do Sul, de base populacional, mostrou que um terço dos indivíduos com 20 anos ou mais de idade são hipertensos[6]. Dois estudos, também de base populacional, conduzidos em Pelotas em 1992 e entre 1999-2000, utilizando como ponto de corte pressão arterial igual ou superior a 160/90 mmHg, mostraram prevalências de 19,8% e 23,6%, respectivamente[7,8]. O segundo estudo também utilizou como ponto de corte pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg e encontrou hipertensão em 37,2% da população[8].

A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial[9].

Os pontos de corte para determinar indivíduos com HAS, em geral, são ditados pela série do *The joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir do V Joint, publicado em 1993, o ponto de corte da HAS baixou para pressão sistólica igual ou acima de 140 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg[10]. A OMS também orientou este mesmo ponto de corte à partir de 1999. Em 2003, foi publicado o VII Joint com uma nova proposta de classificação, tendo em vista estudos demonstrando que as pessoas com pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou pressão diastólica entre 80 e 89 apresentam maior risco de desenvolver doenças

cardiovasculares, sendo classificadas como pré-hipertensas. Em 2006, o Ministério da Saúde adotou os mesmos pontos de corte definidos pelo VII Joint[4].

Além da nova classificação da HAS, descrita no quadro 1, os integrantes do VII Joint, através de extensiva revisão da literatura, concluíram que: 1) os indivíduos com 55 anos de idade, que são normotensos, têm 90% de chance de desenvolver hipertensão ao longo da vida; 2) nas idades entre 40 e 70 anos, a cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na diastólica, para pressões iniciais de 115/75 mmHg, dobra-se o risco de doença cardiovascular e 3) em indivíduos com 50 anos ou mais de idade, a pressão arterial sistólica assume papel mais importante no risco das doenças cardiovasculares do que a pressão diastólica[2].

Quadro 1 Classificação da hipertensão arterial sistêmica segundo VII Joint.

Categorias	Nível tensional (mmHg)*
- Normal	PS < 120 e/ou PD < 80
- Pré-hipertensão	PS: 120 a 139 e/ou PD: 80 a 89
- Hipertensão: estágio 1	PS: 140 a 159 e/ou PD: 90 a 99
- Hipertensão: estágio 2	PS ≥ 160 e/ou PD ≥ 100

* PS= Pressão sistólica; PD=Pressão diastólica

O VII Joint ainda recomenda que os objetivos na avaliação de um paciente hipertenso sejam três: avaliar seu estilo de vida e identificar outros possíveis fatores de risco para doença cardiovascular; identificar causas de hipertensão e avaliar possíveis lesões em órgãos-alvo. O objetivo do tratamento consiste em reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular e renal, através de medicamentos e modificações no estilo de vida[2].

Sendo a HAS um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, é importante conhecer a sua prevalência na população, para implementar ações programáticas, visando melhorar o cuidado oferecido a estes indivíduos.

A prevalência de HAS pode ser obtida através de inquérito de saúde. Os inquéritos de saúde são delineamentos do tipo transversal que utilizam basicamente um questionário como instrumento de coleta de dados. De acordo com os objetivos do inquérito, podem-se acrescentar ao questionário medidas realizadas no momento da entrevista, através de equipamento específico, como antropômetros e balanças (para medida da altura e peso), hemoglobinômetro (para medida da hemoglobina) e aparelhos

para medir a pressão arterial. A obtenção de dados objetivos, através de mensurações realizadas durante o inquérito, melhoram a qualidade da informação e a validade interna da investigação. Entretanto, a aquisição e utilização destes equipamentos podem ser limitadas devido ao custo e/ou a complexidade das medidas. Possivelmente seja por esta razão que não existam, até o momento, estudos de base populacional que tenham medido a prevalência de HAS no Brasil como um todo.

Esta dissertação pretende validar o auto-relato da hipertensão arterial sistêmica obtido através da aplicação de um questionário, contra a aferição dos níveis tensionais e/ou uso de medicação anti-hipertensiva, durante entrevista domiciliar, entre indivíduos com 20 anos ou mais de idade, residentes na cidade de Pelotas, RS, entre os meses de outubro e dezembro de 2007.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada utilizando-se as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Bireme, Lilacs, Scielo e relatórios do Ministério da Saúde do Brasil. A busca foi orientada pelos descritores *hypertension, prevalence, self-validation* e *blood pressure* e suas respectivas traduções para a língua portuguesa. O único limite imposto foi à faixa etária, que se restringiu a indivíduos adultos e/ou idosos. Em um primeiro momento, os artigos foram selecionados através do seu título e, posteriormente, através da leitura dos seus resumos. Os resumos que atendiam as necessidades da pesquisa foram, então, selecionados para serem lidos na íntegra.
Considerando os artigos disponíveis sobre o assunto em estudo, decidiu-se por dividir esta revisão em três seções. Na primeira delas, são apresentados os estudos conduzidos no Brasil em que a pressão arterial foi medida pelo pesquisador/entrevistador. Na segunda os estudos em que a pressão arterial foi auto-referida, ou seja, informada pelo próprio participante. E, na terceira, os estudos de validação da HAS auto-referida.

2.1 Estudos em que a pressão arterial foi medida pelos pesquisadores

Utilizando as bases de dados PubMed e Scielo, entre 1974 e 2007 foram encontrados 174 artigos sobre estudos de HAS conduzidos no Brasil. Destes, 37 referiam-se à prevalência de HAS e a identificação de fatores associados à sua

ocorrência entre indivíduos com 18 anos ou mais de idade. Apenas um dos artigos o delineamento era do tipo coorte, sendo os demais transversais. Dos 37 artigos, um estudo era sobre HAS auto-referida, nove não eram de base populacional, seis referiam-se apenas aos fatores associados a HAS e nove não estavam disponíveis de forma eletrônica. Optou-se por apresentar nesta seção, doze estudos que tiveram como principal objetivo determinar a prevalência de HAS e que apresentaram melhor detalhamento metodológico. O Quadro 2 apresenta um breve resumo destes estudos.

- **Araraquara, SP, 1987:** estudo realizado com 1.199 participantes com idade entre 15 e 74 anos selecionados por amostragem eqüiprobabilística. Foi utilizado esfigmomanômetro aneróide e estabelecidos pontos de corte para pressão sistólica ≥ 160 mmHg e diastólica ≥ 95 mmHg. A prevalência global e ajustada para a idade foi de 28,3%, sendo de 32% para os homens e 25,3% para as mulheres. Após controlar para possíveis fatores de confusão, mantiveram-se associados os seguintes fatores de risco: idade avançada, cor da pele preta/parda, obesidade, baixa renda familiar e ocupação manual não qualificada[11];
- **São Paulo, SP, 1987:** estudo realizado no município de São Paulo, em oito subdistritos escolhidos de forma intencional. Participaram 1479 indivíduos entre 15 e 59 anos. Para a medida da pressão arterial, foi utilizada a média de duas medidas realizadas com esfigmomanômetro aneróide no domicílio do participante. Os critérios estabelecidos para HAS foi pressão sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 95 mmHg e pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A prevalência global de HAS foi de 11,6% para o primeiro critério e 22,3% para o segundo critério. Utilizando-se os dois critérios, a prevalência de HAS foi duas vezes maior entre os homens. Limitações deste estudo: a amostra não é representativa da população de São Paulo e houve sub-representação do sexo feminino[12].
- **Porto Alegre, RS, 1987:** estudo conduzido com 1.091 indivíduos com idade ≥ 18 anos utilizando-se esfigmomanômetro aneróide e pontos de corte para pressão sistólica/diastólica de 160/95 mmHg e 140/90 mmHg. Encontrou prevalências de 12,6% e 25,8%, respectivamente. Para indivíduos sob uso de medicação anti-hipertensiva, com os mesmos pontos de corte, as prevalências foram 19,2% e 29,8%, respectivamente, identificando deficiência no controle dos indivíduos diagnosticados. Mesmo após ajuste para diversos fatores de confusão, mantiveram-se significativamente associados à

ocorrência de hipertensão o menor nível de escolaridade, história familiar positiva de HAS, maior idade, maior índice de massa corporal e maior consumo de álcool[13];

• **Ilha do Governador, RJ, 1991-1992:** estudo realizado em uma amostra probabilística, estratificada por renda que contou com 80,4% de taxa de participação de pessoas com 20 anos ou mais de idade (n = 1.270). Foram considerados com HAS os indivíduos que tiveram a segunda medida da pressão arterial (realizada com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio no domicílio) maior ou igual a 160 mmHg para a sistólica e 95 mmHg para a diastólica e/ou uso de medicação anti-hipertensiva. A prevalência global de HAS foi 24,9%, sendo 24,8% para mulheres e 22,2% para homens. Houve diferença significativa entre os estratos: prevalência de 26,2% para indivíduos com renda baixa, 24,5% para os com renda média e 23,4% para os com renda alta[14,15];

• **Pelotas, RS,1992**: foram incluídos neste estudo 1.657 adultos com idade entre 20 e 69 anos. Estes foram pesados e medidos para altura e tiveram sua pressão arterial verificada ao final da entrevista, através de esfigmomanômetro aneróide. Foram classificados como hipertensos todos os indivíduos cujos níveis tensionais eram ≥ 160/95 mmHg ou que, mesmo com níveis tensionais normais, estivessem sob uso de medicação anti-hipertensiva. A prevalência de hipertensão foi de 19,8%, sendo maior, mesmo após ajuste, entre aqueles de cor da pele preta, idade avançada, obesidade, baixa escolaridade e história paterna e materna de HAS[7];

• **Passo Fundo, RS, 1995**: estudo descritivo de indivíduos com idade entre 18 e 74 anos de idade, moradores da zona urbana da cidade de Passo Fundo, RS. A pressão arterial foi verificada através de esfigmomanômetro aneróide, sendo realizada uma medida no início, duas durante e ao final da entrevista. Considerou-se como hipertenso todos aqueles que se apresentaram com pressão sistólica maior que 160 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 95 mmHg ou em uso de medicação anti-hipertensiva. A prevalência de hipertensão neste estudo foi de 21,9%. Este estudo não indica o tamanho da amostra estudada e, mesmo relatando um objetivo descritivo, foram realizadas análise para possíveis associações[16];

• **Bambuí, MG, 1997:** participaram deste estudo 2.314 pessoas residentes no município de Bambuí com idade igual ou superior a 18 anos. Além de informações sobre exposição a diversos fatores de riscos, uso de medicamentos e obtenção de medidas antropométricas, neste estudo foram coletadas amostras de sangue e dosados para níveis de glicose sanguínea, colesterol total, HDL colesterol, triglicerídios e sorologia para

Tripanossoma cruzi. Classificou-se como hipertenso o indivíduo que se apresentou com níveis tensionais ≥ 140/90 mmHg de pressão sistólica e/ou diastólica, respectivamente. A prevalência de hipertensão na população adulta foi de 24,8%, sendo de 26,9% entre as mulheres e de 68,0% entre aqueles com 80 anos ou mais de idade. Após ajuste para idade e sexo, a prevalência de HAS foi mais baixa entre fumantes ativos, mais alta entre sedentários e naqueles com sobrepeso e obesidade. Não foi encontrada associação significativa, após ajuste para idade e sexo, entre HAS e infecção pelo *tripanossoma cruzi*. A coexistência dos outros quatro fatores de risco para doença cardiovascular foi maior em portadores de HAS em relação aos demais [17];

• **Pelotas, RS, 1999-2000**: 1.968 indivíduos com idades entre 20 e 69 anos residentes na área urbana do município de Pelotas foram recrutados para participar deste estudo. A pressão arterial foi medida com esfigmomanômetro aneróide duas vezes durante a entrevista. O indivíduo era classificado como hipertenso quando a média entre as duas medidas da pressão arterial fosse maior ou igual a 160 mmHg para pressão sistólica e/ou maior ou igual a 95 mmHg para diastólica ou quando estivesse utilizando medicação anti-hipertensiva. Foi encontrada prevalência de hipertensão arterial de 23,6% e considerando pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg ou uso de medicação a prevalência foi de 37,2%. Após ajuste para diversos fatores de confusão, mostraram-se significativamente associadas a HAS as seguintes variáveis: cor da pele parda/preta, baixa renda familiar, idade avançada, história familiar positiva de hipertensão, adição de sal aos alimentos já temperados e índice de massa corporal[8];

• **Rio Grande do Sul, 1999-2000:** a amostra deste estudo foi composta por 918 indivíduos com idade maior de 20 anos residentes no estado do RS. Neste estudo foi coletado, além de exposição a diversos fatores de risco e uso de medicamentos, amostra de sangue para dosagem de glicemia e colesterol. A pressão sanguínea foi medida duas vezes durante a entrevista, sendo a última delas registrada. Para pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou distólica maior ou igual a 90 mmHg ou uso de antihipertensivo, a prevalência de HAS foi de 33,7% e para o critérios de 160 mmHg e/ou 95 mmHg a prevalência foi de 20,4%. Dos indivíduos hipertensos, 49,2% desconheciam sua condição, 10,4% sabia da hipertensão, mas não realizava tratamento regular, 30,1% conhecia sua condição de hipertenso e usava medicação regularmente, mas não apresentava bom controle e 10,4% utilizava medicamento e estava com

controle adequado da pressão arterial. Na análise multivariada, a idade, obesidade e baixa escolaridade estiveram associadas significativamente a HAS[6];

• **Salvador, Ba, 1999-2000:** Foram selecionados 1.436 adultos com idade maior ou igual a 20 anos. Foi realizada a medida da pressão arterial no domicílio com esfigmomanômetro digital e foi considerada a média de cinco medidas. Foi considerado com HAS, o indivíduo em uso de medicação anti-hipertensiva ou com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou maior ou igual a 90 mmHg de pressão diastólica. A prevalência de HAS global foi de 29,9% sendo de 27,4% para homens e 31,7% para as mulheres. Em negros a prevalência foi maior: 31,6% para homens e 41,1% em mulheres. Em brancos, 25,8% nos homens e 21,1% em mulheres. A prevalência de HAS esteve associada significativamente com idade maior ou igual a 40 anos e sobrepeso/obesidade[18].

• **Goiânia, 2002:** 1.739 participantes foram selecionados por amostra equipropabilística com idade igual ou superior a 18 anos. Os participantes tiveram sua pressão arterial medida por esfigmomanômetro semi-automático marca Omron duas vezes com intervalo de 5 min e a segunda medida é que foi considerada. O critério diagnóstico para HAS foi pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg ou uso de anti-hipertensiva. A prevalência global de HAS foi de 36,4% sendo de 41,8% para os homens (IC95% 38-45,7) e 31,9% para as mulheres (IC95% 28,1-35,7). A prevalência de HAS foi maior entre os homens, entre indivíduos com maior idade, baixa escolaridade, com sobrepeso e com maior circunferência abdominal[19].

• **São Leopoldo, 2003:** Estudo com amostra representativa de 1.020 mulheres com idade entre 20 e 60 anos. A pressão arterial foi obtida através da média aritmética de duas medidas realizadas durante a entrevista com esfigmomanômetro aneróide. Critérios para HAS foi pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva. Foram encontradas prevalência de 26,2% de HAS (IC95% 23,5-28,9) e associação significativa com idade, cor da pele, estado civil, história familiar de hipertensão, escolaridade e sobrepeso/obesidade[20].

Para concluir esta revisão, todos os estudos tiveram delineamento transversal e a maioria foi de base populacional. Oito realizaram a medida da pressão arterial através de esfigmomanômetro aneróide, dois utilizaram esfigmomanômetro semi-automático da marca Omron, um utilizou o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio e outro não

mencionou o aparelho utilizado. Todos realizaram, pelo menos, duas medidas da pressão arterial. Os estudos analisados encontraram clara associação entre HAS e idade avançada, cor da pele preta ou parda, baixa escolaridade, sobrepeso, obesidade e história familiar de hipertensão. A prevalência de HAS foi mais baixa nos estudos que utilizaram 160/95 mmHg como ponto de corte para definir HAS.

Quadro 2 Revisão bibliográfica dos estudos brasileiros referentes a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em várias regiões do país.

Autores	Local e data	População		Critérios para HAS em mmHg*	Prevalência de HAS (%)	Outros resultados
		N	Idade (anos)			
De Lólio et al.[11]	Araraquara, 1987	1.199	15 a 74	≥160/95	28,3%	Associação significativa com idade avançada, cor da pele preta/parda, obesidade, renda baixa e ocupação não qualificada.
Rego et al.[12]	São Paulo, 1987	1479	15-59	≥160/95 e ≥140/90	11,6% 22,3%	Para os dois critérios, a prevalência de HAS foi duas vezes maior entre homens. Limitação: amostra não representativa da população. Subrepresentação do sexo feminino.
Fuchs et al.[13]	Porto Alegre, 1987	1.091	≥ 18	≥140/90 ou medicação e ≥160/95 ou medicação	29,8% 19,2%	A HAS esteve associada significativamente a baixa escolaridade, história familiar de HAS, idade avançada, sobrepeso/obesidade e maior consumo de álcool.
Klein, et al[14,15]	Ilha do Governador, 1991-1992	1.270	≥ 20	≥160/95 ou medicação	24,9%	A prevalência de HAS foi maior entre os indivíduos com renda baixa, 26,2% e 23,4% para os de renda alta.
Piccini et al.[7]	Pelotas, 1992	1.657	20 a 69	≥160/95*	19,8%	A HAS esteve associada significativamente à indivíduos de cor da pele preta, idade avançada, obesidade, baixa escolaridade e história paterna e materna de HAS
Trindad et al.[16]	Passo Fundo, 1995	-	18 a 74	>160 ou ≥ 95 ou medicação	21,9	Limitação: estudo descritivo, mas que analisa algumas associações.
Barreto et al.[17]	Bambuí, 1997	2.314	≥ 18	≥140/90*	24,8	A prevalência de HAS foi de 26,9% entre as mulheres e 68% naqueles com 80 anos ou mais.

* Pressão sistólica maior ou igual a 140 ou 160 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 ou 95 e/ou uso de medicação anti-hipertensiva

Quadro 2 Continuação

Autores	Local e data	População		Critérios para HAS em mmHg	Prevalência de HAS (%)	Outros resultados
		N	Idade (anos)			
Dias da Costa et al.[8]	Pelotas, 1999-2000	1.968	20-69	≥160/95 ou medicação e ≥ 140/90 ou medicação	23,6 37,2	Para 160/95mmHg, o estudo mostrou associação significativa com cor da pele preta/parda, baixa renda, idade, história familiar positiva para HAS, consumo excessivo de sal e sobrepeso/obesidade.
Gus et al[6]	Rio Grande do Sul, 1999-2000	918	> 20	≥160/95 ou medicação ≥ 140/90 ou medicação	20,4% 33,7%	Esteve associada com HAS: idade avançada, baixa escolaridade e obesidade.
Lessa et al[18]	Salvador, Ba 1999-2000	1.436	≥ 20	≥ 140/90 ou medicação	29,9%	A prevalência de HAS foi maior em negros e esteve associada com idade ≥40 anos, sobrepeso e obesidade.
Jardim et al.[19]	Goiânia, 2002	1739	≥ 18	≥140/90 ou medicação	36,4%	A prevalência de HAS foi maior entre os homens, indivíduos com maior idade, baixa escolaridade, sobrepeso e com maior circunferência abdominal.
Hartmann et al[20]	São Leopoldo, 2003	1020	20-60 (mulheres)	≥ 140/90 ou medicação	26,2%	A HÁS esteve associada à idade avançada, cor da pele, preta/parda, estado civil, história familiar de HAS, baixa escolaridade, sobrepeso e obesidade.

* Pressão sistólica maior ou igual a 140 ou 160 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 ou 95 e/ou uso de medicação anti-hipertensiva

2.2 Estudos em que a pressão arterial foi auto-referida pelo participante

Lançando as palavras *self-reported hypertension* na base de dados do PubMed, através do EndNote, sem especificar o campo, foram localizados 802 artigos. Quando especificado o campo, procurando por *self-reported hypertension* em títulos de artigos, encontraram-se 21 estudos. Só foi possível acesso, até o presente momento, a oito destes artigos. Um breve resumo destes estudos será apresentado a seguir:

• **Estados Unidos, 1993:** conduzido estudo em 48 estados da Columbia para o Behavior Risk Factor Surveillance System. Foi utilizada uma amostra selecionada aleatoriamente e aplicado um questionário por telefone para os participantes do estudo. A princípio, foram escolhidas 96.213 pessoas, sendo excluídas as que não haviam medido a pressão arterial no último ano. A média percentual de entrevistas completadas em cada estado foi de 82%. Foram incluídos participantes entre 30 e 59 anos e o total de entrevistas foi de 36.967. A HAS foi definida através de resposta afirmativa à pergunta se algum profissional de saúde já havia dito que a pessoa tinha pressão alta. Dentre estas pessoas, 2.837 estavam desempregadas sendo que 1.314 estavam desempregadas a menos de um ano e 1.523 a mais de um ano. Dos resultados, concluiu-se que pessoas desempregadas a mais de um ano tinham um risco aumentado de ter HAS do que as pessoas desempregadas a menos de um ano. Os homens com baixa escolaridade tinham um odds ratio de 3,1(IC95% 2,5-4,6) para HAS do que aqueles com alta escolaridade e aqueles desempregados a mais de um ano também tinham um risco aumentado. Mulheres com baixa escolaridade e desempregadas a mais de um ano também tinham maior risco de HAS. Uma das limitações deste estudo é que pode ter ocorrido erro de classificação entre indivíduos empregados e desempregados e outra é a possibilidade de ter viés de seleção, uma vez que as pessoas podem estar desempregadas porque apresentam saúde mais precária do que aquelas que estão trabalhando[21];

• **Taiwan, 1999:** utilizando-se parte dos dados do Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan observou-se associação significativa entre hipertensão auto-referida e fatores socioeconômicos, antropométricos e de estilo de vida entre indivíduos com idade igual ou maior que 53 anos. Foi um estudo transversal de base populacional, com 4.440 participantes, onde a prevalência de HAS auto-referida foi de 31,1% para homens e 38,0% para mulheres. Houve maior probabilidade de hipertensão auto-referida no sexo feminino, entre indivíduos de maior idade e maior índice de massa corporal. Não foi encontrada associação entre fumantes, consumo de álcool e atividade física[22];

• **Espanha, 1999-2005:** o SUN Study (Seguimiento Universidad de Navarra) é uma coorte dinâmica de universitários já graduados, delineada para estudar a associação entre fatores dietéticos e hipertensão e entre obesidade e doenças cardiovasculares. Para estimar a incidência de HAS, questionários eram enviados a alunos egressos da Universidade de Navarra. Cerca de 11.555 indivíduos iniciaram o estudo. Participaram indivíduos com idade entre 25 e 65 anos que foram acompanhados durante 4 anos, totalizando 5.150 participantes. A hipertensão foi determinada pelo relato de ter a doença diagnosticada por médico, pelo uso de medicação específica ou relato de pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e ou pressão diastólica maior que 90 mmHg. Em 18.250 pessoas-ano de seguimento, foram identificados 248 novos casos de hipertensão. A probabilidade de diagnosticar hipertensão na idade de 65 anos foi de 50% entre mulheres e 72% entre homens[23];

• **Campinas (ano não disponível):** estudo de base populacional no qual participaram 426 pessoas com idade igual ou maior a 60 anos. A hipertensão foi determinada pelo auto-relato. A prevalência estimada de HAS referida foi de 46,6% nos homens e 55,9% nas mulheres. Na análise ajustada, a prevalência foi maior entre as mulheres, os idosos de menor escolaridade e provenientes de outros estados. A HAS esteve associada a morbidades como o diabetes mellitus, a artrite ou artrose, insuficiência renal e deficiência física[24].

• **Brasil, 2002-2003:** 23.457 indivíduos com idade superior a 15 anos, provenientes de 15 capitais de estados brasileiros e do Distrito Federal, participaram deste estudo. O objetivo principal era estimar a prevalência de exposição a comportamentos e fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis (DANT), o que incluía a prevalência de hipertensão auto-referida. Entre aqueles indivíduos que se diziam hipertensos a partir de pelo menos uma medida realizada por profissional de saúde, aplicou-se um questionário padronizado. Embora não tenha sido calculada a prevalência de HAS auto-referida por capital, verificou-se que a sua ocorrência aumentou com a idade e foi significativamente menor entre indivíduos de maior escolaridade residentes em 11 capitais brasileiras e no Distrito Federal. A prevalência de HAS auto-referida variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com 25 a 39 anos, de 26% a 36,4% nas pessoas entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% nos idosos[25];

• **Canadá, 2002-2003:** estudo conduzido entre indivíduos com 20 anos ou mais de idade que buscou avaliar a prevalência de HAS auto-referida após a implantação, em 1999, de um programa nacional de educação em hipertensão. Perguntou-se aos participantes se algum profissional de saúde lhes havia diagnosticado hipertensão e se havia prescrito algum medicamento. Aqueles que relatavam hipertensão ou que tomavam remédio foram considerados hipertensos. Entre 1994 e 1998, a prevalência de hipertensão diagnosticada

havia aumentado de 12,4% para 14,1% e, entre 2000 e 2003, de 16,9% para 18,7%. Entre 1994 e 2003, portanto, o aumento na prevalência de HAS foi de 51% (18,7%/12,4%). Uma limitação é que os dois inquéritos, o Canadian Community Health Surveys e o National Population Health Surveys utilizaram metodologia um pouco diferente, tendo o primeiro uma proporção de 53% das entrevistas realizadas por telefone e 91,1% o segundo. As taxas de respondentes foram 92,6% e 98,4%, respectivamente [26];

- **São Paulo, 2003:** estudo realizado no município de São Paulo com a implantação do sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas através de entrevista telefônica. Foram entrevistadas 2122 pessoas com idade maior ou igual a 18 anos que viviam em domicílios situados na cidade de São Paulo e que possuíam, pelo menos, uma linha telefônica. O estudo pesquisou vários fatores de risco, inclusive a hipertensão arterial auto-referida. Encontrou prevalência de 18,2% entre os homens e 25% entre as mulheres[27].
- **Grécia, 2004:** 5.003 indivíduos com idade entre 18 e 74 anos foram incluídos em um estudo transversal que teve por objetivo estimar a prevalência de hipertensão auto-referida nesta população. O status de hipertenso foi definido a partir do relato do participante de diagnóstico realizado previamente pelo médico. Em caso afirmativo, era questionada a média da pressão sistólica no diagnóstico de hipertensão. Também foi questionado o uso de medicação para HAS, história de hipercolesterolemia, diabetes, hábitos dietéticos e estilo de vida. A prevalência de hipertensão auto-referida foi de 13,3% em homens e 17,7% em mulheres. Mulheres referiram maior pressão sistólica (180 ± 27 mmHg) que homens (169 ± 24 mmHg). A hipertensão esteve associada à história familiar de hipertensão entre irmãos, em mulheres com mais idade, em obesos e sedentários. A taxa de participação no estudo foi de apenas 30% [28].

A maioria destes estudos teve como objetivo principal determinar a prevalência de HAS auto-referida em adultos. Um dos estudos mediu a incidência de HAS, uma vez que o delineamento era do tipo coorte. Dois estudos encontraram maior prevalência de HAS auto-referida em mulheres e em indivíduos com maior sobrepeso e obesidade e quatro deles com idade avançada.

Quadro 3 Estudos conduzidos com hipertensão arterial auto-referida.

Autores	Local e data	População		Prevalência de HAS auto-referida(%)	Outros resultados
		N	Idade (anos)		
Brackbul et al.[21]	Estados Unidos, 1993	36967	30-59	-	Os indivíduos desempregados há mais de um ano tinham risco aumentado de ter HAS em relação aqueles que estavam desempregados a menos de um ano. Pode ter ocorrido viés de sobrevivência.
Tsai et al.[22]	Taiwan, 1999	4440	≥53	31,1 (homens) 38 (mulheres)	A HÁS esteve associada ao sexo feminino, idade avançada, maior IMC.
Beunza et al.[23]	Espanha, 1999-2005	5150	25-65	-	A taxa de incidência de HAS foi de 8,2 por 1000 pessoas-ano em mulheres e 21,8 em homens. A probabilidade de diagnosticar HAS aos 65 anos foi de 50% para mulheres e 72% para homens.
Zaitune et al.[24]	Campinas, -	426	≥ 60	46,4 (mulheres) 55,9 (homens)	A prevalência de HAS referida foi maior entre mulheres, idosos de menor escolaridade e provenientes de outros estados.
Lessa, Inês[25]	Brasil, 2002-2003	23457	≥15	-	A prevalência de HAS variou de 7,4% a 15,7% para 25 a 39 anos, 26 a 36,4% para 40 a 59 anos e de 39% a 59% nos idosos.
Onysko et al.[26]	Canadá, 2002-2003		≥20	-	Entre 1994 e 1998 a prevalência de HAS aumentou de 12,4% para 14,1%, entre 2000-2003 de 16,9% para 18,7%. Entre 1994 e 2003, houve um aumento de 53% na prevalência de HAS.
Monteiro et al.[27]	São Paulo, 2003	2122	> 18	18,2 (homens) 25 (mulheres)	Sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas via telefone.
Pitsavos et al.[28]	Grécia, 2004	5003	18 e 74	13,3 (homens) 17,7 (mulheres)	Associação com história familiar de HAS, mulheres com mais idade, obesos e sedentários.

2.3 Estudos de validação da HAS Auto-referida

Utilizando a base de dados PubMed, foram encontrados seis estudos de validação da hipertensão arterial sistêmica auto-referida em diferentes regiões do mundo.

- **Japão, 1980-1999:** este estudo utilizou os dados do National Integrated Project for Prospective Obsevation of Non-Comunicable Disease (NIPPON DATA 80). Foi realizado inquérito de saúde com amostra representativa da população japonesa. Participaram 10.546 indivíduos com idade maior ou igual a 30 anos. A hipertensão foi auto-referida e a pressão arterial foi medida. Os pontos de corte estabelecidos para HAS foi pressão sistólica maior ou igual a 160mmHg e pressão diastólica de 95 mmHg e/ou uso de medicação. A sensibilidade foi de 52%-65% e a especificidade 95%[29].
- **Estados Unidos, 1988-1991:** Os dados do National Health Nutrition Examination Survey (NHANES) são a principal fonte de vigilância da HAS nos Estados Unidos. Foram utilizados dados do NHANES III, 1988-1991. A amostra foi composta por 8.409 participantes com idade igual ou acima de 25 anos. A HAS foi definida através da medida da pressão sanguínea com valores de pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg e/ou uso de medicação. A sensibilidade global encontrada foi de 71% e o valor preditivo positivo de 72%. A especificidade global foi de 90% e o valor preditivo negativo de 89%. A validade da HAS auto-referida foi maior entre as mulheres e entre os indivíduos que realizaram consulta médica no último ano. A validade foi mais baixa entre os homens mexicanos americanos[30];
- **Estados Unidos, 1993:** Foi aplicado um questionário, via telefone, para indivíduos escolhidos através de amostra estratificada aleatorizada para responder a questões do The Behavioral Risk Factor Survey (BRFS). O objetivo deste estudo foi verificar a validade do auto-relato de HAS, diabetes e hipercolesterolemia contra os registros médicos. Participaram 599 adultos com idade superior a 21 anos. Foram encontradas sensibilidade de 83% e especificidade de 80% para hipertensão auto-referida[31];
- **Espanha, 1993-1996:** O Spanish EPI Cohort é um estudo que tem por objetivo investigar o papel da dieta em várias doenças crônicas, como câncer, HAS, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral. A coorte conta com 25.813 mulheres e 15.634 homens em várias cidades da Espanha. Uma das cidades, pela organização de registros médicos e pela maior participação dos integrantes, foi selecionada para estudar a validade da HAS auto-referida. Participaram 248 pessoas com idade entre 30 e 69 anos. O padrão-ouro para a HAS foi avaliação dos registros médicos e uso de medicação. Foram encontrados sensibilidade de

72,7% e o coeficiente de concordância Kappa de 0,53. O alto nível educacional só esteve associado positivamente com o diagnóstico correto de HAS para as mulheres. Este estudo apresenta duas limitações importantes para a generalização de seus dados: a amostra não foi representativa dos participantes da coorte, pois foi realizada em uma única cidade, e houve mais de 20% de perdas[32];

• **Bambuí, MG, 1996:** como resultado do inquérito de saúde do Projeto Bambuí, foram selecionados todos os participantes com idade igual ou superior a 18 anos, que haviam tido sua pressão arterial aferida. Participaram 970 indivíduos. A HAS foi definida como pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg e/ou uso de medicação anti-hipertensiva. Foram realizadas três medidas no momento da entrevista. A medida considerada da pressão arterial foi a média aritmética resultante entre as duas últimas medidas. A prevalência global de hipertensão auto-referida foi de 27,2% (IC95% 24,4 – 30,1) e medida foi de 23,3% (20,7-26,1). A sensibilidade e o valor preditivo positivo globais foram, respectivamente 72,1% (IC95% 69,3-75,0) e 61,7% (IC95% 58,7-64,8). A especificidade e o valor preditivo negativo foram 86,4% (IC95% 84,3-88,6) e 91,1% (IC95% 89,3-92,9), respectivamente. A acurácia da HAS auto-referida esteve associada à faixa etária e ao tempo decorrido desde a última visita ao médico[33].

• **Espanha, 2003:** 2.929 participantes do SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Participaram 152 pessoas e 127 completaram o protocolo. Destes, 97 estavam entre os hipertensos e 55 entre os normotensos. Foram realizadas duas medidas da pressão arterial e o ponto de corte utilizado foi maior ou igual a 140 mmHg para pressão sistólica e/ou 90 mmHg para pressão diastólica e/ou uso regular de medicação para hipertensão. Foram confirmados 82,3% dos casos de hipertensão. Entre os que declararam não ter HAS, 85,4% eram de fato normotensos. A proporção confirmada de hipertensos foi maior entre pessoas com mais idade, entre aqueles com IMC mais alto e com história familiar de hipertensão. A prevalência de HAS na população foi de 18,1%. A sensibilidade foi de 0,23, a especificidade de 0,99[34].

Destes seis artigos, quatro utilizaram a medida da pressão arterial como padrão-ouro e dois utilizaram os registros médicos. Todos relataram a sensibilidade do teste, cinco calcularam também a especificidade e dois os valores preditivos. A mais baixa sensibilidade encontrada foi 23% e a mais alta foi de 83%. A especificidade mais alta foi 99% e a mais baixa foi 80%.

Quadro 4 Estudos de validação da hipertensão arterial sistêmica auto-referida conforme o padrão-ouro, a medida da pressão arterial ou registro médico.

Autores	Local e Data	População		Padrão-ouro	Sensibilidade	Especificidade	Valor preditivo positivo	Valor preditivo negativo
		N	Idade (anos)					
Higashiyama et al.[29]	Japão, 1980-1999	10.546	≥30	Medida da pressão arterial	52-65%	95%	-	-
Vargas et al.[30]	Estados Unidos, 1988-1991	8.409	≥25	Medida da pressão arterial	71%	90%	72%	89%
Martin et al.[31]	Estados Unidos, 1993	599	>21	Registro médico	83%	80%	-	-
Tormo et al[32]	Espanha, 1992-1996	248	30-69	Registro médico	72,7%	-	-	-
Lima-Costa et al.[33]	Bambuí, MG, 1996	970	≥18	Medida da pressão arterial	72,1%	86,4%	61,7%	91,1%
Alonso et al[34]	Espanha, 2003	150	≥20	Medida da pressão arterial	23%	99%	-	-

3. JUSTIFICATIVA

A literatura científica mundial sobre HAS, seja como fator de risco ou como desfecho, é farta em estudos de base populacional. Entretanto, não existe no Brasil um único estudo de base populacional avaliando a prevalência de HAS no país como um todo. A estimativa de que 35% da população adulta no país seja acometida por HAS é baseada em vários estudos transversais realizados principalmente nas regiões sul e sudeste[4].

Buscando informações em relatórios do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, nos últimos 10 anos, foram encontrados apenas dois estudos que buscaram dimensionar a prevalência de HAS no país. Em ambos, foi utilizada a hipertensão auto-referida como medida. Em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) incluiu um suplemento de saúde para estimar a prevalência de doenças crônicas auto-referidas, incluindo HAS, que apresentou prevalência de 20% na população[35]. Entre 2000 e 2003, foi realizado um inquérito domiciliar para determinar o comportamento de risco para morbidades referidas de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Neste estudo, a prevalência de HAS auto-referida variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com 25 a 39 anos de idade, de 26% a 36,4% naquelas entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% nos idosos[25].

De modo geral, a pesquisa epidemiológica em nível domiciliar emprega, como instrumento de coleta de dados, uma entrevista que pode ser operacionalizada através da aplicação de um questionário por entrevistadores ou ser auto-aplicada. Essas informações são obtidas de forma mais rápida e barata, mas estão sujeitas a erros de classificação, que poderão influenciar não somente na determinação da prevalência da doença como na identificação de fatores associados à sua ocorrência.

No que se refere a HAS, a magnitude deste erro é praticamente desconhecida. Um único estudo de base populacional buscando validar a ocorrência de HAS auto-referida foi encontrado no Brasil. Este estudo foi conduzido em Bambuí, MG, e encontrou 72,1% de sensibilidade e 86,4% de especificidade em relação à medida da pressão arterial[33]. Estes resultados foram semelhantes ao National Health and Nutrition Examination (NHANES III), um inquérito de saúde realizado nos Estados Unidos, com população não-hispânica, que encontrou 71% de sensibilidade e 90% de especificidade para hipertensão auto-referida[31,34].

Em virtude da elevada ocorrência de HAS e da inexistência de estudo de validação do diagnóstico auto-referido de HAS em nosso meio, é que se propõe a realização do presente estudo. Além disso, este será o primeiro estudo no Brasil em que a definição de HAS será realmente feita de acordo com as recomendações de comitês internacionais. Nos seis estudos de validação revisados, apenas dois utilizaram registros médicos que devem incluir medidas obtidas em mais de um dia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos gerais

- Determinar a validade do diagnóstico auto-referido de hipertensão arterial sistêmica entre indivíduos com 20 anos ou mais de idade residentes na cidade de Pelotas, RS.
- Medir a prevalência de HAS auto-referida e de HAS medida através de monitor de pressão sanguínea de pulso.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo, bem como a acurácia do diagnóstico auto-referido de HAS de acordo com características demográficas, educacional e de utilização de serviço de saúde.
- Descrever os indivíduos que se auto-referirem hipertensos, segundo características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, história familiar de HAS e utilização de serviços de saúde.

5. Hipóteses

- A prevalência de HAS auto-referida será de 23% e de HAS medida será de 40%;
- Será possível encontrar sensibilidade em torno de 70% e especificidade em torno de 86% para hipertensão auto-referida;
- A validade da hipertensão auto-referida será maior entre:

a) as mulheres, os indivíduos de maior idade e aqueles com cor da pele preta;
b) os indivíduos maior escolaridade;

c) os indivíduos que realizaram consulta médica nos últimos doze meses.

- Os indivíduos que se auto-referirem hipertensos terão as seguintes características:

a) serão mulheres, indivíduos com maior idade e da cor da pele branca;

b) terão nível econômico elevado, maior renda e escolaridade;

c) apresentarão história familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e terão sobrepeso ou obesidade;

d) Serão sedentários e ex-fumantes;

e) serão indivíduos que consultaram com o médico no último ano.

f) 70% estarão em uso de medicação anti-hipertensiva e desses, 30% estarão com pressão arterial compensada (< 140/90 mmHg).

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

O delineamento utilizado no estudo será o transversal descritivo. Uma das vantagens de utilizar este tipo de delineamento é que a hipertensão arterial é uma doença crônico-degenerativa, portanto com início lento e de longa duração, na qual o cuidado médico pode somente ser procurado quando já ocorreram complicações cardiovasculares. Um estudo transversal possibilita determinar a freqüência de doenças crônicas e apontar os seus prováveis fatores de risco em uma população definida em um ponto do tempo[36]. Além disso, são estudos relativamente mais rápidos e com custos menores em comparação a outros delineamentos[37].

Outra vantagem do delineamento transversal é a representatividade de seus resultados, pois, neste estudo, a amostra será proveniente da população geral.

6.2 População-alvo

Todos os indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos residentes na cidade de Pelotas, RS.

6.3 Critérios de inclusão

- Indivíduos residentes na região urbana do município de Pelotas, RS;

- Adultos com idade maior ou igual a 20 anos.

6.4 Critérios de exclusão

- Indivíduos institucionalizados (asilos, presídios e quartéis);
- Gestantes.

6.5 Cálculo do tamanho da amostra

6.5.1 Cálculo do tamanho da amostra para prevalência

A cidade de Pelotas pertence ao estado do Rio Grande do Sul e localiza-se a 250 Km de Porto Alegre. È a terceira cidade mais populosa do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 346.000 habitantes, sendo que 92% da população residem em área urbana. Estudo realizado entre 1999 e 2000 na cidade de Pelotas encontrou prevalência de HAS pouco mais de 37%, considerando como ponto de corte a pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg[8]. Supondo que a prevalência de HAS tenha aumentado na população de Pelotas, principalmente devido ao aumento do sedentarismo, da obesidade e da expectativa de vida, iremos apresentar os cálculos com a hipótese de que a prevalência de HAS estará em torno de 40% na população.

Prevalência de 40%	
Erro (pontos percentuais)	Tamanho da amostra
2	2290
3	1021
4	575
5	368

Para uma prevalência estimada de 40%, aceitando-se um erro percentual de até três pontos percentuais. Dessa forma, o cálculo do tamanho de amostra resultaria em 1021 indivíduos. Acrescentando-se efeito de delineamento de dois e 10% para perdas, a amostra teria 2.232 indivíduos.

Para se detectar uma sensibilidade maior ou igual a 70%, utilizou-se a seguinte fórmula[38]:

$X = Z (\sigma/_2)^2 + p (1- p) / \sigma^2$ onde,

X = tamanho da amostra

$Z (\sigma /_2)^2 = 1,96$

σ^2 = erro aceitável

p = sensibilidade ou especificidade

<u>Para sensibilidade</u>:

$$X = \frac{1,96 + 0,70\ (1-0,70)}{(0,04)^2}$$

$$X = \frac{1,96 + 0,70 \times 0,30}{0,0016}$$

$$X = 1356$$

Acrescentando 10% para perdas ou recusas para encontrar sensibilidade igual a 0,70 +- 0,02 para HAS auto-referida em relação ao padrão-ouro, serão necessários 1492 indivíduos hipertensos para participar deste estudo.

Para detectar uma especificidade de 86%, têm-se o seguinte:

Para <u>especificidade</u>:

$$X = \frac{1,96 + 0,86\ (1-0,86)}{(0,04)^2}$$

$$X = \frac{1,96 + 0,86 \times 0,14}{0,0016}$$

$$X = 1300$$

Da mesma forma, acrescentando-se 10% para perdas ou recusas para encontrar especificidade de 0,86+-0,22, serão necessários 1430 indivíduos normotensos para compor esta amostra. Em uma amostra de aproximadamente 3500 indivíduos, com uma prevalência de HAS de 40%, deverão ser localizados cerca de 1400 hipertensos.

6.6 Processo de amostragem

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas, em seu curso de mestrado trabalha com o sistema de consórcio. Este sistema contempla todos os mestrandos, de forma que o trabalho de campo é o mesmo para todos. Os participantes do estudo são entrevistados através de um único instrumento que contempla as questões necessárias para cada mestrando desenvolver a sua dissertação. A amostra será determinada por conglomerados e serão sorteados 126 setores censitários.

Adicionalmente, para o desenvolvimento do atual projeto, será realizado um subestudo. O diagnóstico de HAS só é realizado com, no mínimo, duas medidas da pressão arterial em dias diferentes[2]. Por isso, os indivíduos que tiverem a pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg e menor que 180/110 mmHg, sem uso de medicação anti-hipertensiva, serão novamente visitados para nova aferição da pressão arterial e confirmação do diagnóstico de HAS. Essa segunda visita será realizada pela autora do presente projeto. Com base no estudo de Dias da Costa estima-se que 30% necessitarão de uma segunda visita[8].

6.7 Variáveis

6.7.1 Operacionalização do desfecho

A hipertensão auto-referida será obtida através da resposta afirmativa à pergunta: "Algum médico já lhe disse que o Sr. (Sra) tem pressão alta?".

O padrão-ouro para considerar os indivíduos, com 20 anos ou mais de idade, hipertensos será: a) quando a média da pressão arterial resultante de duas aferições realizadas durante a entrevista, em dois dias diferentes, for maior ou igual a 140mmHg na pressão sistólica e/ou maior ou igual a 90mmHg na pressão diastólica e/ou b) uso de medicação específica para hipertensão arterial sistêmica.

A pressão arterial será medida através de um monitor de pulso, marca Omron modelo HEM 629 no início e no final da entrevista, por entrevistadora devidamente treinada. A pressão considerada será o resultado da média aritmética destas duas medidas. Este aparelho apresenta precisão de 3 mmHg e é validado pelas normas da Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), nos Estados Unidos e aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cujo registro é o seguinte: 80047300010[39].

Na primeira visita, os indivíduos que apresentarem a média aritmética de duas medidas da pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg serão considerados normotensos. Aqueles que tiverem a média maior que 180/110 mmHg serão considerados hipertensos nesta única visita[2]. Para os indivíduos que apresentarem a média das duas medidas entre 140/90 mmHg, e 180/110 mmHg, inclusive, receberão uma segunda visita, com intervalo mínimo de uma semana e máximo de duas semanas, quando terão a pressão arterial novamente medida com o mesmo monitor de pulso. A Figura 1 apresenta esquematicamente os passos para definição dos indivíduos hipertensos conforme o padrão-ouro (medida da pressão arterial).

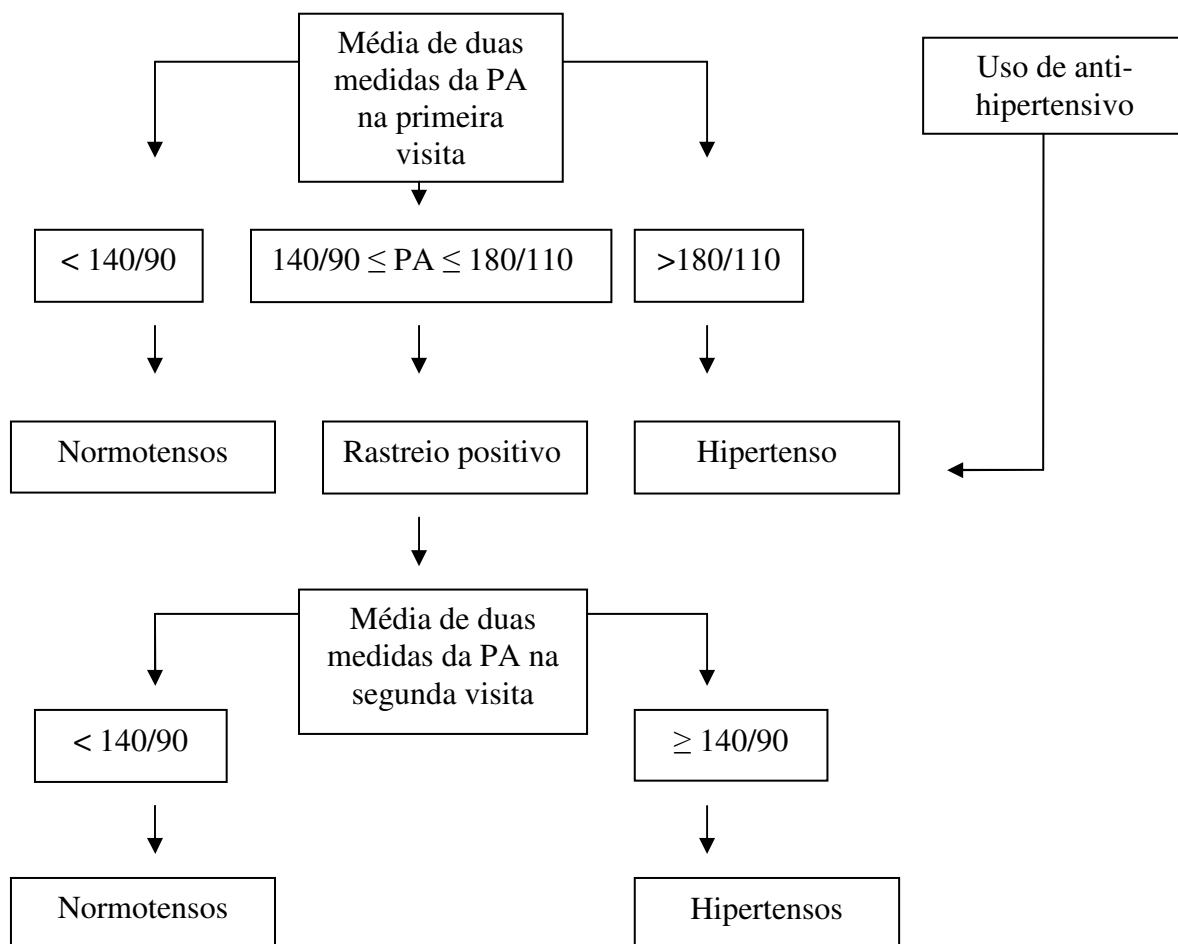



Figura 1 Fluxograma para definição do desfecho conforme o padrão-ouro. Pressão arterial (PA) é a média aritmética entre duas medidas, em mmHg na mesma visita.

Ao final de cada entrevista deverá ser realizada nova medida com intervalo de pelo menos 5 minutos entre a primeira e a segunda medida. Para todos os entrevistados, a entrevistadora do estudo dirá que talvez seja realizada uma segunda visita, para repetir a medida da pressão arterial, independente do valor das medidas observadas.

Quanto ao uso de medicação, serão considerados medicamentos anti-hipertensivos todos aqueles pertencentes aos seguintes grupos farmacológicos: beta-bloqueadores, diuréticos, diuréticos poupadores de potássio, bloqueadores da aldosterona, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), antagonista dos canais de cálcio, bloqueadores dos receptores de angiotensina, bloqueadores de alfa-1, agonistas de alfa-2 e outros. Também serão consideradas as associações de grupos farmacológicos: inibidores da enzima conversora de angiotensina mais antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina mais diuréticos, bloqueadores da angiotensina com diuréticos, beta-bloqueadores mais diuréticos, agonistas alfa 2 com diuréticos, diuréticos mais poupadores de potássio, antagonistas da aldosterona mais diuréticos. Esta informação será coletada através de uma pergunta aberta, na qual a entrevistadora anotará o nome do anti-hipertensivo mediante leitura da prescrição médica, da caixa ou envelope que contém o medicamento, ou, na ausência desses, conforme o relato do entrevistado. Os quadros 5 e 6 dispostos no Anexo, apresentam o grupo farmacológico com o nome genérico e comercial dos medicamentos mais prescritos em nosso meio[40]. Estes medicamentos serão codificados na fase de revisão dos questionários pela mestranda autora do atual projeto.

6.7.2 Operacionalização das exposições

A forma de coleta das informações das variáveis independentes, será explicada no quadro 5.

Quadro 5 Caracterização e operacionalização das exposições.

Quadro de Exposições		
Características Demográficas e Socioeconômicas		
Variável	Escala	Definição
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino ou feminino. Será observada pelo entrevistador.
Idade	Numérica discreta	Anos completos.
Cor da pele	Categórica	Branca, preta, parda ou outra. Será auto-referida pelo entrevistado e também observada pela entrevistadora
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo.
Classe social	Categórica ordinal	ABEP**
Renda familiar	Numérica contínua	Valor do salário recebido no mês anterior à entrevista
Características Genéticas		
História familiar de hipertensão	Categórica	Pai, mãe ou pai e mãe com história de hipertensão. Resposta sim ou não
Características Comportamentais		
Índice massa corporal (IMC)	Numérica contínua	Será calculado a partir do peso e altura auto-referidos. Posteriormente, os IMCs serão agrupados em: Normal ($\geq$18,5 e $<$25Kg/m^2), Sobrepeso ($\geq$25 e$<$30Kg/m^2) e obeso ($\geq$30Kg/m^2).
Tabagismo	Categórica ordinal	Nunca fumou, ex-fumante (não fuma há pelo menos um mês) e fumante (fumou pelo menos um cigarro no último mês).
Atividade Física	Binária	Utilizado IPAQ*. Ativo será o indivíduo que pratica tempo maior ou igual a 150 min/ semana. Sedentário para prática inferior a 150 min/semana
Morbidades		
Hipertensão arterial auto-referida	Categórica dicotômia	Se algum médico já referiu hipertensão ao entrevistado. Resposta sim ou não.
Utilização de serviços de saúde		
Consultas médicas	Numérica	Quantas vezes realizaram consulta médica no último ano.

* Questionário Internacional de Atividade Física **Associação Brasileira de Estudos Populacionais

6.8 Plano de análise

O padrão-ouro, para a validação da hipertensão auto-referida será a medida da pressão arterial ou o uso de medicação anti-hipertensiva. A validação diagnóstica da HAS auto-referida será realizada através do cálculo da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A sensibilidade indicará a prevalência de indivíduos hipertensos que relatem ter hipertensão e a especificidade indicará a prevalência de normotensos que relatem não ter hipertensão. O valor preditivo positivo é a proporção de hipertensos que relatarem ter hipertensão entre aqueles que referiram já ter o diagnóstico de HAS e o valor preditivo negativo é a proporção de normotensos entre aqueles que relatarem não ter o diagnóstico de hipertensão[33]. As Tabelas 2 e 3 representam a forma como serão apresentados os resultados. A Tabela 2 mostrará a prevalência de HAS medida e auto-referida conforme características sócio-demográficas, biológicas, comportamentais e de utilização de serviços de saúde. A Tabela 3 mostrará as propriedades dos testes diagnósticos conforme características demográficas, de escolaridade e de utilização de serviços de saúde. Para o cálculo dos parâmetros mencionados, serão construídas tabelas 2x2 com a seguinte estrutura:

HAS auto-referida	Média da pressão arterial		Total
	≥ 140/90	< 140/90	
Sim	a	B	a+b
Não	c	D	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Sensibilidade = a/a + c;

Especificidade = d/b+d;

Valor preditivo positivo = a/ a+b;

Acurácia= (a + d)/(a+b+c+d);

Prevalência= (a+c)/(a+b+c+d).

Tabela1 Prevalência de HAS medida e auto-referida conforme características sócio-demográficas, biológicas, comportamentais e utilização de serviços de saúde. Pelotas, RS, 2007.

Características	n	Prevalência HAS auto-referida (%)	Prevalência da HAS pelo padrão-ouro
Sexo			
Masculino			
Feminino			
Idade em anos			
20 a 49			
≥ 50			
Cor da Pele			
Branca			
Preta			
Escolaridade			
Nenhuma			
< 8 anos			
≥ 8 anos			
Classe social			
A e B			
C			
D			
E			
Renda familiar em SM*			
≤ 3			
3,1-6			
6>			
Indice de massa corporal (kg/m²)			
< 25			
25 a 29,9			
≥ 30			
História familiar de hipertensão			
Sim			
Não			
Tabagismo			
Ex-fumante			
Fumante atual			
Nunca fumou			
Atividade física			
Ativo			
Sedentário			
Consultou nos últimos 12 meses			
Sim			
Não			

* salários mínimos

Tabela 2 Distribuição das propriedades dos testes diagnósticos conforme características sócio-demográficas e utilização de serviço de saúde. Pelotas, 2007.

Características	Sensibilidade (IC95%)	Especificidade (IC95%)	VPN* (IC95%)	VPP** (IC95%)
Sexo				
Masculino				
Feminino				
Idade				
20 a 29				
30 a 39				
40 a 49				
50 a 59				
≥ 60				
Cor da Pele				
Branca				
Preta				
Escolaridade				
< 8 anos				
≥ 8 anos				
Consultou nos últimos 12 meses				
Sim				
Não				

*Valor preditivo negativo ** Valor preditivo positivo

6.9 Instrumento de coleta de dados e manual de instruções

De acordo com o sistema de consórcio, as variáveis sócio-demográficas, escolaridade, tabagismo e índice de massa corporal (IMC) serão coletadas através de um questionário comum entre os mestrandos. O questionário específico para este projeto está apresentado no Anexo. Conforme explicado na seção de definição do desfecho, esse estudo utilizará o manômetro de pulso marca Omron HEM 629 para medida da pressão arterial.

6.10 Seleção e treinamento de entrevistadores

Serão treinadas cerca de 62 mulheres que tenham, pelo menos, ensino médio completo para realizar as entrevistas domiciliares. O treinamento terá duração de 40 horas e consistirá em apresentação da pesquisa e dos integrantes do mestrado, leitura e explicação do manual de instruções do questionário, treinamento das entrevistadoras para realizar a medida da pressão arterial e, por fim, aplicação do instrumento (questionário e medida da pressão arterial) entre as próprias entrevistadoras. Então, serão selecionadas 30 entrevistadoras mediante desempenho individual observado durante os dias de treinamento e prova escrita. Para o sub-estudo, serão treinadas duas entrevistadoras.

6.11 Estudo Piloto

Será realizado em um setor censitário não selecionado pelo processo de amostragem. O estudo piloto terá como objetivo avaliar o instrumento e as dificuldades que as entrevistadoras terão na sua aplicação. Depois do estudo piloto, todos os problemas detectados serão discutidos com o grupo do consórcio e as modificações necessárias, realizadas.

6.12 Logística

Serão sorteados 126 setores censitários que serão visitados por auxiliares de pesquisa para reconhecerem os domicílios de cada setor. Serão escolhidos, aproximadamente, 11 domicílios por setor para compor a amostra. Espera-se que as entrevistadoras realizem as entrevistas de em média quatro domicílios por dia. Cada

mestrando será responsável pela supervisão de duas entrevistadoras. O sub-estudo será realizado com o tempo mínimo de 1 semana e máximo de 2 semanas após a primeira visita das entrevistadoras do consórcio. O trabalho de campo do consórcio, incluindo o estudo piloto está planejado para durar em torno de oito semanas. O trabalho de campo do subestudo deverá ser realizado em dez semanas.

6.13 Controle de qualidade

Para garantir a fidelidade na aplicação dos questionários, haverá reaplicação de uma parte do questionário em 10% dos domicílios incluídos na amostra. Estes domicílios serão escolhidos de forma aleatória.

6.14 Divulgação dos resultados

O produto final deste projeto será divulgado na forma de dissertação de mestrado, através da imprensa local e como artigo para publicação em revista científica.

6.15 Aspectos éticos

Os projetos de pesquisa de todos os alunos do curso de mestrado serão submetidos à Comissão de Ética da Universidade Federal de Pelotas. Além disso, o questionário somente será aplicado após obtenção do consentimento informado, por escrito, de cada participante do estudo e todas as informações obtidas estarão sob sigilo.

Para os participantes que apresentarem pressão arterial sistólica igual ou superior a 160 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 100 mmHg acompanhados de dor de cabeça, dificuldade para respirar , sangramento nasal ou ansiedade severa serão orientados a procurar atendimento médico imediatamente. Os indivíduos com pressão sanguínea igual ou superior a 180/120 mmHg, sem quaisquer outros sintomas, serão orientados a procurar assistência médica imediatamente. Em ambos os casos, serão fornecidos por escrito a medida da pressão arterial encontrada. À partir da segunda medida, todos os indivíduos com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg serão orientados a realizar consulta médica.

6.16 Financiamento

O sistema de consórcio pertence ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e será exclusivamente financiado por este programa e pelos alunos do curso de mestrado.

6.17 Cronograma

As atividades do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia tiveram início em março de 2007. Ao longo de seis meses, os alunos foram orientados na elaboração do projeto de pesquisa. Especificamente, este projeto será entregue no dia 11 de setembro de 2007 para revisão e apresentação no próximo dia 25. O instrumento e o manual de instruções estão sendo confeccionados e testados concomitantes a elaboração do projeto.

O processo de amostragem está sendo trabalhado desde o início de junho e será finalizado na segunda quinzena de setembro, junto com a seleção e treinamento das entrevistadoras. O estudo piloto será realizado no início do mês de outubro e, logo depois das devidas modificações do instrumento, será iniciada a coleta de dados. Neste período estará simultaneamente ocorrendo a revisão dos questionários, o controle de qualidade, o sub-estudo dessa dissertação e a digitação dos dados.

Entre os meses de janeiro a maio de 2008, ocorrerá a análise dos dados. Em seguida, entre maio e agosto, será feita a redação do artigo. Este trabalho será finalizado no mês de setembro do ano de 2008 com a defesa da dissertação do mestrado. Este cronograma está esquematizado no **Quadro 6**.

Quadro 6 Cronograma das atividades do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Ano	2007										2008											
Mês	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**J**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Revisa de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboração do projeto	■	■	■	■	■	■	■															
Defesa do projeto							■															
Confecção do instrumento						■	■															
Montagem do manual de instruções						■	■															
Testes do instrumento						■	■															
Processo de amostragem				■	■	■	■															
Seleção das entrevistadoras						■	■															
Treinamento das entrevistadoras							■															
Estudo piloto								■														
Coleta de dados								■	■	■												
Revisão dos questionários								■	■	■	■											
Controle de qualidade								■	■	■	■											
Digitação dos dados								■	■	■	■											
Análise dos dados											■	■	■	■								
Redação do artigo															■	■	■	■				
Defesa da dissertação																			■			

7. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde, ed. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS 2003.

2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72.

3. World Health Organization, ed. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: WHO 2003.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília 2006.

5. Ministério da Saúde, Brasil. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasília: MS 2004.

6. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004;83:429-33.

7. Piccini RX, Victora CG. Systemic arterial hypertension in a urban area of southern Brazil: prevalence and risk factors. Revista de Saúde Pública. 1994;28:261-7.

8. Dias-da-Costa J, Barcellos F, Sclowitz M, Sclowitz I, Castanheira M, Olinto M, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007;88:59-65.

9. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288:1882-8.

10. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Archives of Internal Medicine. 1993;153:154-83.

11. de Lolio CA. Prevalence of arterial hypertension in Araraquara, Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1990;55:167-73.

12. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Rego RA, Berardo FA, Rodrigues SS, Oliveira ZM, Oliveira MB, Vasconcellos C, et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of Sao Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results. Revista de Saúde Pública. 1990;24:277-85.

13. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. Arquivos brasileiros de cardiologia. 1994;63:473-9.

14. Klein CH, Silva NA, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LH. Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil: I. Methodology. Cadernos de Saúde Pública. 1995;11:187-201.

15. Klein CH, Souza-Silva NA, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LH. Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil: II. Prevalence. Cadernos de Saúde Publica. 1995;11:389-94.

16. Trindade IS, Heineck G, Machado JR, Ayzemberg H, Formighieri M, Crestani M, et al. Prevalence of systemic arterial hypertension in the population of Passo Fundo (Brazil) metropolitan area. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1998;71:127-30.

17. Barreto SM, Passos VM, Firmo JO, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil--The Bambui Health and Ageing Study. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2001;77:576-81.

18. Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, de Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MM. Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA) Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006;87:747-56.

19. Jardim PC, Gondim Mdo R, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007;88:452-7.

20. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Anselmo Olinto MT, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalence of systemic hypertension and associated factors: a population-based study among women in the South of Brazil. Cadernos de Saúde Pública; 2007;23:1857-66.

21. Brackbill RM, Siegel PZ, Ackermann SP. Self reported hypertension among unemployed people in the United States. BMJ;310:568.

22. Tsai AC, Liou JC, Chang MC. Interview to study the determinants of hypertension in older adults in Taiwan: a population based cross-sectional survey. Asia Pacific journal of Clinical Nutrition. 2007;16:338-45.

23. Beunza JJ, Martinez-Gonzalez MA, Serrano-Martinez M, Alonso A. Incidence of hypertension in a cohort of Spanish university graduates: the SUN study. Revista Española de Cardiologia. 2006;59:1331-4.

24. Zaitune MP, Barros MB, Cesar CL, Carandina L, Goldbaum M. Arterial hypertension in the elderly: prevalence, associated factors, and control practices in Campinas, Sao Paulo, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22:285-94.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal.: Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro Inca, 2004.

26. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang JX, Johansen H, Campbell NR. Large increases in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. Hypertension. 2006;48:853-60.

27. Monteiro CA, de Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo IC, et al. Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews. Revista de Saúde Pública. 2005;39(1):47-57.

28. Pitsavos C, Milias GA, Panagiotakos DB, Xenaki D, Panagopoulos G, Stefanadis C. Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. BMC Public Health. 2006;6:206.

29. Higashiyama A, Murakami Y, Hozawa A, Okamura T, Hayakawa T, Kadowaki T, et al. Does self-reported history of hypertension predict cardiovascular death? Comparison with blood pressure measurement in a 19-year prospective study. Journal of Hypertension. 2007;25(5):959-64.

30. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. Preventive Medicine. 1997;26:678-85.

31. Martin LM, Leff M, Calonge N, Garrett C, Nelson DE. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. American Journal of Preventive Medicine. 2000;18(3):215-8.

32. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Barber X. Validation of self diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. EPIC Group of Spain. Journal of Epidemiology and Community Health. 2000;54:221-6.

33. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambui study)]. Revista de Saúde Pública. 2004;38:637-42.

34. Alonso A, Beunza JJ, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez MA. Validation of self reported diagnosis of hypertension in a cohort of university graduates in Spain. BMC Public Health. 2005;5:94.

35. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro 1998.

36. Kelsey J, Whittemore, AS, Evans, AS, Thompson, WD. Methods in Observational Epidemiology. New York: Monographs in Epidemiology and Bioestatistics 1996.

37. Silva IS. Cancer epidemiology: principles and methods. Geneva: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization 1999.

38. Hulley SB, Cummings SR. Designing clinical research: an epidemiologic approach. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.

39. http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/820_02re.htm.

40. Stefani, SD, Barros, E; 2ed. Clínica Médica: consulta rápida. Porto Alegre : Artmed, 2004.

8. ANEXO

Para medir a pressão dos participantes deste estudo, o entrevistador deverá seguir os seguintes passos:

1) Certificar-se que o participante não se alimentou, bebeu, fumou ou exercitou-se 30 minutos antes da medição e de que não está com vontade de urinar. Antes de realizar a primeira medida, o participante deverá descansar pelo menos 15 minutos;
2) Envolver o manguito no pulso direito ou esquerdo, conforme o membro dominante deixando uma folga de aproximadamente um dedo indicador entre a borda do manguito de pulso e a articulação do pulso (Figura 2);
3) Envolver o manguito de pulso em direção ascendente;
4) Pressionar levemente o velcro para que ele se fixe bem;
5) Colocar o participante sentado em uma cadeira com os pés apoiados no chão (Figura 2);
6) Posicionar a unidade ao nível do coração (Figura 2);
7) Solicitar que o participante permaneça imóvel e não fale durante a medição;
8) Realizar o registro.

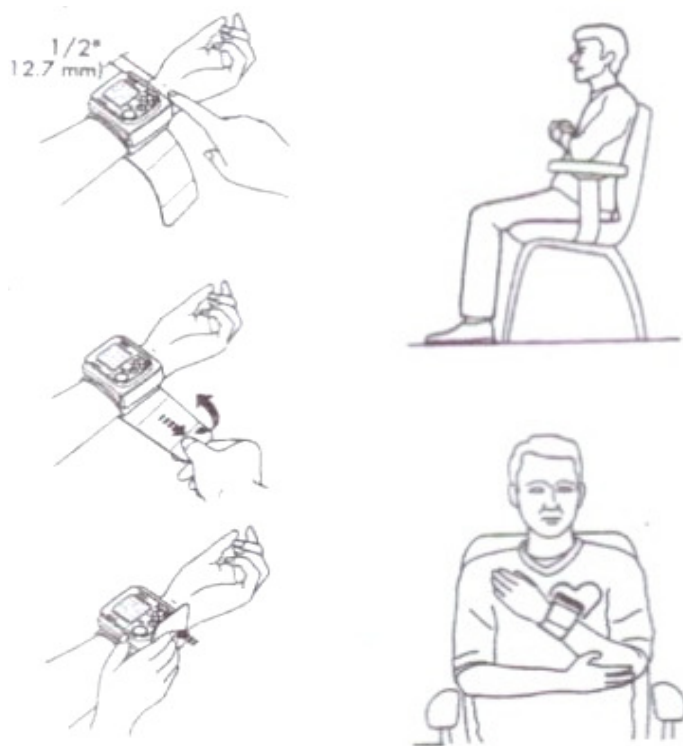



Figura 2 Medida da pressão arterial

Quadro 7 Possíveis medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos participantes deste estudo, de base populacional, realizado em 2007 na cidade de Pelotas, RS.

Grupo farmacológico	Nome farmacológico	Nome comercial
Beta-bloqueadores	Propranolol	Inderal®, Rebaten®
	Atenolol	Angipress®,Ablok®, Atenolol®, Neotenol®, Plenacor®
	Metoprolol	Lopressor®,Seloken®, Selozok®
	Nadolol	Corgard®
	Pindolol	Visken®
	Carvedilol	Coreg®
Diuréticos	Clortalidona	Clortalil®, Higroton®.Furesin®,
	Furosemide	Lasix®., Neosemid®, Rovelan®, Uripax®.
	Hidroclorotiazida	Clorana®, Durezin®, Drenol®.
	Indapamida	Natrilix®, Indapen®.
Bloqueador do receptor de aldosterona	Espironolactona	Aldactone®
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	Captopril	Capoten®, Capton®,Captopril®, Catoprol®,Hipocatril®,Hipoten®, Prilpressin®,
	Cilazapril	Cardiopril® Vascase®
	Enalapril	Arilin®, Atens®, Eupressin®, Glioten®,Neolapril®,Pressotec®, Renalapril®, Renipress®, Renitec®, Vasopril®
	Fosinopril	Monopril®
	Lisinopril	Privinil®, Zestril®
	Perindopril	Coversyl®
	Quinapril	Accupril®
	Ramipril	Naprix®, Triatec®
	Tandopril	Gopten®, Odrik®
Antagonista dos canais de cálcio	Amlodipina	Cordarex®, Cordarene®, Cordipina®, Lodipen®, Nicord®, Norvasc®, Pressat®, Tensaliv®, Tensodin®
	Diltiazen	Angiolong®, Balcor®, Cardizem®, Diltizem®
	Felodipina	Splendil®
	Isradipina	Lomir®
	Lacidipina	Lacipil®, Midotens®
	Nifedipina	Adalat®, Cardalin®, Dilaflux®, Oxcord®, Vasicor®

Quadro 7 Continuação.

Grupo farmacológico	Nome farmacológico	Nome comercial
Antagonistas dos canais de cálcio	Nitrendipina Verapamil	Caltren®, Nitrencord® Dilacoron®, Dilacor®, Veracoron®, Cronovera®
Bloqueadores da angiotensina	Candesartan Irbesartan Losartan Valsartan Telmisartan	Atacand®, Biopress® Aprovel®, Ávapro® Cozaar®, Corus®, Redupress®, Aradois® Diovan® Micardis®, Pritor®
Bloqueadores de alfa-1	Doxazozina Prazosin	Carduran®, Prodil® Minipress®
Agonistas de alfa-2	Clonidina Metildopa	Atensina® Aldomet®, Etildopanan®
Vasodilatadores diretos	Hidralazina Minoxidil	Apresolina®, Lowpress®, Nepresol® Loniten®
Outros	Guanabenzo	Lisapres®

Quadro 8 Combinações de anti-hipertensivos.

Grupo farmacológico	Nome farmacológico	Nome comercial
Antagonistas da ECA + Antagonistas dos canais de cálcio	Atenolol + Nifedipina Enalapril + Anlodipina	Nifelat® Sinergen®
Antagonistas da ECA + diuréticos	Benazepril + hidroclorotiazida Captopril + hidroclorotiazida Enalapril + hidroclorotiazida Lisinopril + hidroclorotiazida Ramipril + hidroclorotiazida	Lotensin H® Lopril-D® Atens-H®, Co-Pressotec®, Co-Renitec®, Eupressin-H®, Vasopril plus® Zestoretic®, Prinzid® Triatec D®
Bloqueadores da angiotensina + diuréticos	Losartan + hidroclorotiazida Valsartan + hidroclorotiazida	Corus-H®, Hyzaar®, Hipress® Diovan HCT ®
Betabloqueador e diurético	Atenolol + clortalidona Bisoprolol + hidroclorotiazida Metoprolol + hidroclorotiazida Propranolol + hidroclorotiazida	Tenoretic®, Ablok plus®, Angipress-CD®, Atenoric® Biconcor® Selopress®, Selopress-ZoK® Tenadren®
Agonistas de alfa-2 + diurético	Metildopa + hidroclorotiazida	Hydromet®
Diurético + diurético poupador de potássio	Hidroclorotiazida + Amilorida Clortalidona + amilorida	Moduretic®, Amirétic® Diupress®
Antagonista da aldosterona + Diurético	Espironolactona + hidroclorotiazida Espironolactona + furosemide	Aldazida® Lasilactona®

II. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO DO CONSÓRCIO

1. Introdução

O Centro de Pesquisas Epidemiológicas, pertencente ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, é composto por uma equipe de pesquisadores que, além de investigar vários assuntos relacionados à saúde de diversas populações, trabalham com o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE). Este programa oferece cursos de mestrado acadêmico e profissionalizante e doutorado.

No ano de 2007, foram selecionados 14 alunos para ingressar no curso de mestrado acadêmico do PPGE. Ao longo desse ano, cada aluno produziu o seu projeto de mestrado e, através do sistema de consórcio, elaborou e executou o trabalho de campo para a pesquisa em saúde a ser conduzida na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

O sistema de Consórcio consiste na união de todos os mestrandos para a realização de um único trabalho de campo, no qual os temas de pesquisa de interesse de todos os alunos são contemplados neste estudo. Isto permite diminuir custos, realizar a coleta de dados em um menor espaço de tempo e, ainda, possibilita concluir a coleta de dados de forma quase que simultânea. A equipe do Consórcio foi composta pelos 14 mestrandos, que atuaram como supervisores do trabalho de campo, por uma secretária, 30 entrevistadoras, dois digitadores e, ainda contou com a coordenação geral da Prof[a] Maria Cecília F. Assunção, do PPGE.

Dentre os 408 setores censitários existentes na zona urbana de Pelotas, sendo que quatro deles foram excluídos por se tratarem de setores não-domiciliares, 126 foram selecionados de forma sistemática, o que resultou em cerca de nove setores para cada mestrando supervisionar. Foram elegíveis para este estudo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos residentes nos setores sorteados.

Para otimizar a realização das atividades do trabalho de campo, os mestrandos formaram seis equipes. Cada equipe ficou responsável pela realização de alguma das seguintes atividades: orçamento, recrutamento e seleção de pessoal, divulgação da pesquisa através dos principais meios de comunicação da cidade, confecção dos questionários e do manual de instruções e confecção do projeto para envio à comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

Na primeira quinzena de janeiro de 2008 concluiu-se o trabalho de campo e a seguir iniciou-se o armazenamento dos dados através da dupla digitação, concluída em fevereiro de 2008.

2. Processo de amostragem

A cidade de Pelotas localiza-se na metade Sul do Rio Grande do Sul a 270 km de Porto Alegre. Segundo dados do censo demográfico realizado no ano 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pelotas possuía 350.000 habitantes distribuídos em 404 setores censitários domiciliares. Em virtude dos recursos disponíveis, decidiu-se a priori que seriam incluídos no presente estudo 126 setores, o que representa 31% do total.

A seleção da amostra foi realizada por múltiplos estágios. Todos os setores da cidade foram ordenados de forma crescente de acordo com a renda média do chefe da família e os domicílios foram numerados de forma cumulativa. A escolha dos setores foi obtida dividindo-se o número total de domicílios da cidade de Pelotas (92.407 domicílios) por 126 para se obter o intervalo para seleção sistemática do setor, chamado de valor do pulo. O valor obtido foi de 733. Isto significa que, a cada 733 domicílios, um deles seria escolhido para entrar no estudo.

Como o último censo havia sido realizado há sete anos, após o sorteio dos setores foi realizada a recontagem do número de domicílios de cada setor. Todos os domicílios foram identificados e numerados sempre no sentido horário, tomando-se pelo ponto inicial o primeiro domicílio da área localizada no ponto inferior direito do mapa disponibilizado pelo IBGE. Foi definido previamente que, em cada setor, seriam sorteados 11 domicílios para integrar a amostra. Assim, a escolha destes domicílios foi, também, realizada de forma sistemática. O número total de domicílios contados em cada setor era dividido por 11 e o resultado obtido correspondia ao valor do pulo. Então, sorteava-se um número entre um e o número máximo de domicílios em cada setor. Para se obter o segundo domicílio, o número do primeiro domicílio sorteado era somado ao valor do pulo daquele setor e o resultado correspondia ao domicílio com aquele número no setor. Este mesmo procedimento foi utilizado nos demais setores.

3. Recrutamento de pessoal

O recrutamento de pessoal neste estudo foi feito a partir do Centro de Pesquisas Epidemiológicas e da divulgação através de cartazes nas diversas faculdades da Universidade Federal de Pelotas. O Centro de Pesquisas dispõe de uma lista com nomes de pessoas que tiveram bom desempenho em estudos realizados anteriormente. Buscava-se por candidato do sexo feminino e com pelo menos, o ensino médio completo.

Inicialmente, foram recrutadas mediante inscrição 60 candidatas, das quais foram selecionadas 29 entrevistadoras para realizar o reconhecimento dos setores. Para esta seleção foi levado em consideração experiência prévia e disponibilidade de tempo para o trabalho. Aquelas que mostraram bom desempenho nesta etapa foram convidadas a participar do treinamento para o consórcio.

Das 54 pessoas recrutadas para o treinamento, as 30 que obtiveram o melhor desempenho prático e teórico durante todo o período foram selecionadas para o trabalho de campo. Além destas, também foram selecionados, através de entrevista, uma secretária e dois digitadores para o consórcio.

4. Reconhecimento dos setores censitários

O reconhecimento dos setores censitários teve por objetivo determinar o número de domicílios em cada setor e compará-lo àquele fornecido pelo censo demográfico em 2000. Trabalharam nesta etapa 29 auxiliares de pesquisa, denominadas batedoras. Cada mestrando ficou responsável pela supervisão de duas delas. Para esta etapa, foi realizado um dia de treinamento com o objetivo de orientar as batedoras a identificarem os domicílios residências, construções não habitadas, estabelecimentos comerciais, prédios públicos e pensões, conforme mapa previamente distribuído. Iniciava-se sempre pelo canto inferior direito e sempre no sentido horário. O endereço de todas as áreas era anotado pelas entrevistadoras e repassado ao supervisor para, então, sortear os domicílios a serem incluídos no estudo.

5. Reconhecimento dos domicílios

Dentre os 1.534 domicílios encontrados nos 126 setores, 1.522 eram elegíveis para o estudo, isto é, possuíam pessoas na faixa etária estudada. Após tomar conhecimento dos domicílios que fariam parte da amostra, cada um dos mestrandos foi visitá-los pessoalmente. Esta visita teve por objetivo apresentar o projeto de pesquisa, solicitar a participação de todos os indivíduos adultos residentes nestes domicílios e entregar uma carta de apresentação com as informações da pesquisa e os telefones do Centro de Pesquisas Epidemiológicas para sanar quaisquer dúvidas dos participantes.

6. Confecção do questionário

O instrumento utilizado neste trabalho de campo foi um questionário composto por dois blocos, sendo um geral e o outro domiciliar. Este questionário foi aplicado por uma entrevistadora previamente treinada para todos os indivíduos com mais de 20 anos residentes no domicílio.

Cada mestrando, durante a elaboração do seu projeto, construiu o seu próprio questionário e o entregou a equipe encarregada da montagem final e diagramação do questionário. Esta equipe, também elaborou as questões comuns a todos os mestrandos situadas tanto no bloco geral como no domiciliar. O bloco geral do questionário era composto por 22 páginas contendo um total de 163 questões sendo, em média, 10 questões para cada mestrando. Neste questionário, eram buscadas informações referentes a características demográficas, educacionais e comportamentais, além das informações que buscavam atender especificamente cada mestrando tais como; doação de sangue, dor articular, prática e conhecimento de atividade física, incapacidade funcional entre idosos, angina pectoris, hipertensão arterial sistêmica, constipação intestinal, utilização de serviços de saúde e sobre avaliação do grau de felicidade do indivíduo.

O bloco domiciliar era composto por três páginas totalizando 27 questões e foi aplicado à pessoa que se julgava o chefe da casa. Este questionário buscava informações sobre insegurança alimentar nas famílias incluídas no estudo e sobre características socioeconômicas da população estudada.

A primeira versão deste questionário foi utilizada por ocasião do treinamento e estudo piloto. Os problemas detectados nesta etapa foram corrigidos e a versão final impressa e distribuída às entrevistadoras quando do início do trabalho de campo.

7. Confecção do manual de instruções

O manual de instruções foi produzido por uma equipe de três mestrandos e teve por objetivo esclarecer possíveis dúvidas das entrevistadoras. Este manual continha explicação, de forma concisa sobre o sorteio dos setores e domicílios que fizeram parte da pesquisa, de modo que o entrevistado pudesse ser informado pela entrevistadora sobre o processo e escolha do seu domicílio. Também explicava os critérios utilizados para perdas/recusas, exclusão, definição de domicílio elegível para o estudo, instruções sobre a forma mais adequada de abordar as pessoas que fariam parte da pesquisa, além, claro, de esclarecer dúvidas sobre cada uma das perguntas incluídas no questionário nos blocos geral e domiciliar.

O manual foi composto por oito páginas. Inicialmente, continha uma lista com o nome, telefone, endereço eletrônico de cada supervisor de campo (mestrando) e da secretária do Consórcio. Também continha orientações sobre todas as etapas do trabalho de campo e as instruções das perguntas iniciais do questionário do bloco geral e do bloco domiciliar. Quanto às perguntas específicas do bloco geral, cada mestrando escreveu o manual de acordo com as questões elaboradas para o seu tópico de estudo. A equipe responsável pela confecção do manual preparou as explicações sobre as perguntas comuns aos mestrandos de ambos os blocos e organizou as instruções das questões elaboradas de cada mestrando.

Durante o treinamento, a equipe anotou todas as dúvidas e eventuais erros identificados no manual, o qual foi revisto e corrigido após o seu final. Em seguida, foram impressas 31 cópias e distribuídas às entrevistadoras. Uma cópia foi disponibilizada na sala do Consórcio a fim de auxiliar os mestrandos no processo de revisão dos questionários.

8. Divulgação da pesquisa

A equipe responsável pela divulgação da pesquisa utilizou a imprensa escrita e falada local (jornal, rádio e televisão) para explicar os objetivos desta pesquisa à população de Pelotas, RS.

9. Seleção e treinamento das entrevistadoras

Participaram do treinamento 54 mulheres que, entre os dias 15 e 19 de outubro de 2007, foram capacitadas a aplicar o questionário e a utilizar o monitor de pulso para verificação da pressão arterial. Este treinamento constou das seguintes atividades:

- leitura de cada uma das questões e posterior simulação de uma entrevista (as candidatas aplicavam o questionário umas às outras). Após, foram discutidas as dúvidas do questionário e do manual de instruções. No caso das questões específicas, tanto a leitura quanto a discussão foram feitas com o mestrando responsável pelo tema;
- utilização do monitor de pulso para medida da pressão arterial: as candidatas foram orientadas sobre a colocação e a leitura do aparelho, além de aprender sobre cuidados necessários à medida da pressão. Foram utilizados 30 aparelhos e as candidatas aprenderam a manusear o monitor entre elas, neste caso sob minha orientação individual.
- estudo piloto: foi realizado em setor que não seria incluído no estudo. Esta etapa tinha por finalidade avaliar a abordagem, postura e o desempenho de cada candidata na aplicação do questionário, além de detectar eventuais problemas no enunciado das questões;
- prova escrita: no último dia de treinamento, as candidatas realizaram uma prova escrita, na qual foram abordados todos os assuntos discutidos no treinamento.

Foram selecionadas 30 candidatas que obtiveram o melhor desempenho conforme os seguintes critérios: freqüência durante o treinamento, conduta durante a aplicação dos questionários no estudo piloto e nota da prova escrita. Dentre as demais, cinco foram indicadas como suplente para a eventualidade de alguma substituição.

10. Logística do trabalho de campo

Cada mestrando ficou responsável pela supervisão de, pelo menos, duas entrevistadoras e nove setores. Optou-se por iniciar o estudo nos setores supostamente mais ricos devido às dificuldades de encontrar os moradores no período de férias do final do ano. As entrevistadoras recebiam o setor para ser visitado com o endereço dos domicílios e com os nomes das pessoas que deveriam responder ao questionário. Semanalmente, as entrevistadoras reuniam-se com seus supervisores para entregar os questionários prontos e codificados e para discutir as eventuais dificuldades. Estes

questionários eram, então, revisados pelos mestrandos e a cada lote de 50 eram repassados à digitação.

11. Digitação e processamento de dados

Esta etapa foi realizada utilizando-se do programa Epi Info 6.0 com os questionários sendo duplamente digitados. Em seguida, estas digitações eram comparadas e corrigidas. Ao final, os dados foram transportados para o pacote estatístico STATA versão 9.0, onde foram analisados.

12. Perdas, recusas e exclusões

Foram consideradas como perdas ou recusas todas as pessoas que deveriam participar da pesquisa, mas que não puderam fazê-lo mesmo após, pelo menos, três visitas da entrevistadora e duas do supervisor. Os principais motivos das perdas ou recusas foram: ausência do morador no domicilio, negativa à participação no estudo e falta de tempo. Foram excluídas 21 mulheres que estavam grávidas.

Dentre as 3.180 pessoas elegíveis para o estudo, 2.986 responderam ao questionário. As 196 restantes foram consideradas como perdas/recusas, o que representa 6,1% do total, sendo 57% homens, 37,1% entre 20 e 39 anos de idade, 39,2% entre 40 e 59 anos e 23,7% acima de 60 anos.

13. Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado pelos mestrandos através da aplicação de uma versão encurtada do questionário para cerca de 10% dos entrevistados de cada setor, sendo estes escolhidos de forma aleatória. Além de avaliar a veracidade das informações coletadas, foram obtidas as medidas do peso e da altura dos participantes. Houve padronização das técnicas junto aos mestrandos da coleta da medida do peso e da altura. Utilizou-se balança com precisão de 100g e o antropômetro com precisão de 1 mm, todos fornecidos pelo CPE.

14. Orçamento

O orçamento do estudo ficou ao encargo de dois mestrandos que, tomando por base experiências anteriores do sistema de consórcio fizeram as estimativas de custo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) do Ministério da Educação disponibilizou R$ 30.000,00 para este estudo através do PPGE. Entretanto, o custo total estimado do estudo foi de R$ 51.700,00, sendo o excedente (R$ 21.700,00) dividido entre os mestrandos, o que resultou em uma contribuição de R$ 1.550,00 (R$ 21.700/14) de cada mestrando. Na tabela abaixo, estão discriminados os gastos com o estudo.

Tabela 1. Despesas e receita do trabalho de campo do curso de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 2007.

Tipo de despesa	Valor (R$)
• Material de consumo:	
- Compra de papel para impressão de questionários	2.200,00
- Impressão de questionários	2.720,00
- Impressão de manual de instruções	190,00
- Lápis, borracha, pastas, pranchetas, crachás, etc.	291,25
• Pagamento de pessoal:	
- Treinamento de entrevistadores	1.542,53
- Reconhecimento de setor	3.860,00
- Entrevistadoras	24.104,00
- Digitadores	1.600,00
- Auxiliar de pesquisa	3.200,00
• Transporte:	
- Vale transporte	9.945,00
• Comunicação:	
- cartões telefônicos	595,00
Total	**R$ 50.247,78**
- Auxilio CAPES	R$ 30.000,00
- Contribuição mestrandos	R$ 21.000.00
Saldo	**R$ 752,22**

Além deste montante, foi ainda gasto R$ 3.398,00 referente à aquisição de monitores para medida da pressão arterial marca Onrom, modelo HEM 631, valor este pago com recursos provenientes do CNPq através de bolsa de produtividade da orientadora desta dissertação.

15. Modificações do projeto de pesquisa

A única modificação realizada em relação ao projeto inicial refere-se a alteração nos pontos de corte para definição dos participantes que receberiam a segunda visita para nova medida da pressão arterial. Inicialmente, esta visita ocorreria para todos os participantes que não estivessem em uso de medicação anti-hipertensiva e que, na primeira visita tivessem a média de duas medidas da pressão maior ou igual a 140 mmHg para pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica e menor ou igual a 180/110 mmHg. Em virtude de maior disponibilidade financeira por parte da mestranda, optou-se por realizar a segunda visita para todos os participantes que não estivessem em uso de medicação anti-hipertensiva e que tivessem a média das duas medidas na primeira entrevista maior ou igual a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica.

Relatório do trabalho de campo da segunda visita

1. Introdução

Para os indivíduos que tiveram a medida da pressão arterial alterada na primeira visita e não estavam utilizando medicação anti-hipertensiva foi realizada uma segunda visita para, novamente, medir sua pressão arterial. Esta segunda visita foi iniciada no mês de novembro de 2007 e concluída em fevereiro de 2008, com 6 semanas (±4) de diferença da primeira visita e ficou ao encargo da mestranda autora desta dissertação, sem qualquer vínculo com o sistema de consórcio.

2. Confecção do questionário

Foi produzido um questionário que buscava informações sobre a recordação que os entrevistados tinham das questões que compunham o questionário do consórcio, a qual foi dividida em três grupos: recordação de forma espontânea, induzida ou não se recordavam das questões. Também havia questões sobre uso de algum tipo de medicação com o objetivo de detectar algum participante que pudesse ter iniciado o uso de medicação anti-hipertensiva no intervalo entre a primeira e a segunda medida da

pressão arterial. Havia apenas três pessoas que iniciaram o uso de medicação anti-hipertensiva após a primeira visita, sendo que duas estavam com a pressão alterada. Os três participantes foram considerados como hipertensos na análise. A pressão arterial foi medida duas vezes durante a entrevista, com intervalo de pelo menos cinco minutos e o questionário foi composto por uma página.

3. Processo de amostragem

Por ocasião da entrega do questionário do consócio, uma auxiliar de pesquisa calculava a média da pressão arterial de cada questionário guardado nos lotes. Quando a média da pressão arterial de um entrevistado era igual ou maior a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou maior ou igual a 90 mmHg de pressão diastólica, e não estava utilizando medicação anti-hipertensiva, esta pessoa era, então, elegível para receber a segunda visita.

Considerando que o estudo do consórcio deveria cobrir cerca de 3.000 pessoas e que, destas, estimava-se que 40% seriam hipertensas na primeira visita, esperava-se encontrar 1.200 indivíduos portadores de hipertensão. Dentre estes hipertensos assumiu-se, ainda, que 30%, ou seja, 360 deles, não estivessem fazendo uso de medicamento anti-hipertensivo, o que implicaria revisitá-los.

4. Recrutamento e treinamento de pessoal

Foram recrutadas para trabalhar na segunda visita duas técnicas de enfermagem. Na última quinzena do estudo, uma das entrevistadoras que havia trabalhado no sistema de consórcio também auxiliou nas entrevistas.

O treinamento das entrevistadoras constou da leitura do questionário e da verificação da pressão arterial através do monitor de pulso. As dúvidas que surgiram foram esclarecidas com a autora desta dissertação.

5. Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo da segunda visita foi iniciado somente após o fechamento do primeiro lote ficando, portanto, na dependência do andamento do trabalho de campo do consórcio.

Quando ocorria o fechamento de algum lote, os nomes de todos os entrevistados que eram classificados como hipertensos e não estavam utilizando medicação anti-hipertensiva eram inscritos em uma lista juntamente com o seu número de identificação, endereço, telefone e valor da média da pressão arterial. Esta lista era, então, repassada às entrevistadoras para a realização das revisitas. Em geral, quatro lotes eram fechados a cada semana.

As entrevistadoras se reuniam com a coordenadora semanalmente para entregar os questionários codificados, discutir as dificuldades e receber novos endereços para revisitas.

6. Digitação dos dados

Os dados foram duplamente digitados pela coordenadora deste estudo no programa Epi Info versão 6.0. Após a comparação dos dados, listagem dos erros e posterior correção, os dados foram transferidos para o programa STATA versão 9.0. Neste programa, os diferentes arquivos foram agrupados, cada uma das variáveis listadas e rotuladas para, em seguida, ser iniciada análise de consistência e final.

7. Perdas e recusas

Considerou-se como perda quando houve impossibilidade de verificar a pressão arterial durante, pelo menos, três tentativas, em diferentes horários, por diferentes entrevistadoras e pela coordenadora.

Dentre as 452 pessoas que apresentaram índices pressóricos considerados para revisita, 39 (8,6%) não foi possível obter nova medida da pressão arterial. Isto ocorreu em função principalmente de mudança de endereço e negativa em permitir esta nova verificação da pressão arterial.

8. Controle de qualidade

Após a entrega semanal dos questionários, 10% deles eram sorteados para que a coordenadora do subestudo entrasse em contato, por telefone, com a pessoa entrevistada. Nesta ocasião, a pessoa entrevistada era questionada sobre a realização desta revisita.

9. Orçamento

Este subestudo foi totalmente custeado pela autora deste projeto com a ajuda da orientadora na aquisição dos monitores de pulso.

Tabela 2 Descrição das despesas com material utilizado na revisita para validação da hipertensão arterial auto-referida. Pelotas, RS, 2007-8.

Tipo de despesa	Valor (R$)
• Material de consumo:	
- Impressão de questionários e cartões da medida da pressão arterial	57,00
- Lápis, borracha, pastas, pranchetas, crachás, etc.	25,00
• Pagamento de pessoal:	
- Entrevistadoras	2.434,00
- Auxiliar de pesquisa	300,00
• Transporte:	
- Vale transporte e gasolina	500,00
• Comunicação:	
- cartões telefônicos	60,00
Total	**3.376,00**

III. MATÉRIA PARA A IMPRENSA

Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional

Entre os meses de outubro de 2007 e janeiro de 2008 foi realizado um estudo na cidade de Pelotas com o objetivo de saber se as pessoas informavam a presença ou ausência de hipertensão arterial e se esta informação era verdadeira.

Para isso, em um primeiro momento, mediu-se a pressão arterial de todas as pessoas com 20 anos ou mais de idade residentes nos 1460 domicílios visitados em toda cidade. Aqueles que estavam tomando remédio específico para pressão já foram considerados como hipertensos independentes do valor da medida da pressão, e aqueles que não estavam utilizando medicamento e tiveram a medida da pressão sistólica, também conhecida como a pressão mais alta, maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão diastólica, ou seja, aquela conhecida como a pressão mais baixa, maior ou igual a 90 mmHg, foram revisitados para medir novamente a pressão. Se, neste outro dia, a pressão sistólica fosse maior ou igual a 140 mmHg e/ou 90 mmHg de pressão diastólica o participante era considerado como hipertenso. Todos aqueles que não utilizavam medicamento para pressão alta e tiveram, na primeira visita, a medida da pressão menor que 140/90 mmHg foram considerados como não hipertensos.

Foram entrevistadas 2949 pessoas, das quais 34% (990) disseram que tinham hipertensão arterial e destas, a informação foi confirmada em 29% (859). As análises realizadas mostraram que de cada 100 pessoas que disseram ser hipertensas, 84 de fato tinham hipertensão; por outro lado, de cada 100 indivíduos que disseram não ter hipertensão, 87 não a tinham. Dentre aqueles que se disseram hipertensos, as mulheres souberam informar com mais precisão tanto para ter quanto para não ter hipertensão.

Este estudo concluiu que um terço de toda a população adulta e idosa da cidade de Pelotas sofre de hipertensão, e que os pelotenses informam com bastante precisão se têm ou não esta condição. Por esse motivo, para monitorar a prevalência de hipertensão arterial na cidade nos próximos anos, basta realizar um inquérito utilizando apenas a informação da população, não sendo necessário medir a pressão arterial.

IV. ARTIGO

Este artigo será submetido aos

"Cadernos de Saúde Pública"

Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional

Maria Aurora D. Chrestani*

Iná S. dos Santos**

Alícia M. Matijasevich***

* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas.

** Professora Titular, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas.

*** Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas.

Correspondência:
Maria Aurora Dropa Chrestani
Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso
96020-220 – Pelotas, RS
Fone: 55 53 3284-1300
E-mail: machrestani@uol.com.br

RESUMO

A monitoração dos fatores de risco é importante na avaliação do impacto de intervenções preventivas para doença crônicas não-transmissíveis (DCNT). Grandes inquéritos brasileiros de saúde têm medido a prevalência de hipertensão arterial auto-referida. Este estudo teve por objetivo investigar a validade do auto-relato da hipertensão arterial. Usando amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios, foi realizado, entre outubro/2007 e fevereiro/2008, estudo transversal, de base populacional, com indivíduos de 20 anos ou mais de idade em Pelotas, RS. A pressão arterial foi medida em 2949 participantes. Os que apresentavam sistólica ≥140 mmHg e/ou diastólica ≥90 mmHg foram revisitados. O padrão-ouro foi a média das pressões aferidas ou uso de medicação anti-hipertensiva. O auto-relato foi testado através da pergunta: "Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?". A prevalência auto-referida foi 33,6% (32,0-35,4%) e a medida, 29,5% (27,9-31,2%). A sensibilidade foi 84,3% (81,7–86,7%), especificidade 87,5% (86,0-88,9%), valor preditivo positivo 73,9% (71,0-76,6%) e negativo de 93,0% (91,8–94,1%). O auto-relato mostrou-se válido para monitoração da prevalência de hipertensão, um dos mais importantes fatores de risco para DCNT.

Palavras-chave: hipertensão, hipertensão auto-referida, sensibilidade e especificidade

ABSTRACT

Monitoring risk factors is essential to evaluate the impact of preventive interventions on chronic non-transmissible diseases (CNTD). Large scale surveys have been used to measure self-reported hypertension in Brazil. This study aimed to investigate validity of self-reported hypertension. Using probabilistic two stage sampling, a population-based cross-sectional study was carried out in Pelotas, Southern Brazil, between Oct/2007-Feb/2008, with people aged ≥ 20 years. All 2,949 participants had they blood pressure measured during a household visit by previously trained interviewers. Those presenting systolic pressure ≥140 mmHg and/or diastolic pressure ≥90 mmHg were revisited. The gold-standard for hypertension was the mean of these two blood pressure measures and/or the use of anti-hypertensive drugs. The self-reported hypertension was obtained through the question: "Have any doctor ever said that you have hypertension?" Prevalence of self-reported hypertension reached 33.6% (32.0-35.4%), and measured prevalence was 29,5% (27.9-31,2%). Sensitivity was 84.3% (81.7–86.7%), specificity 87,5% (86.0-88.9%) and predictive positive and negative values 73,9% (71.0-76.6%) and 93,0% (91.8–94.1%), respectively. Self-reported hypertension is a reliable method for monitoring prevalence of hypertension, one of the most important risk factors for CNTD.

Keywords: hypertension, self-reported hypertension, sensitivity and specificity

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se destacado como as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Entre essas, estão as doenças cardiovasculares, com altas prevalências em diferentes populações e em todos os níveis socioeconômicos[1]. No Brasil, em 2005, a taxa de mortalidade específica para doença isquêmica do coração foi de 46,1/100.000 habitantes e para doenças cerebrovasculares, de 48,9/100.000 habitantes[2,3], ambas superiores a todas as demais causas de óbitos no país.

As doenças cardiovasculares têm sido alvo de inúmeros estudos epidemiológicos, o que possibilitou identificar diversos fatores de risco, entre eles a hipertensão arterial sistêmica[4]. Estima-se que a hipertensão arterial sistêmica esteja associada a 47% dos casos de doença isquêmica cardíaca e 54% dos casos de acidente vascular cerebral[4].

As avaliações de impacto de intervenções em larga escala, visando a prevenção primária das DCNT, incluem a realização periódica de inquéritos populacionais para monitorar a prevalência de seus principais fatores de risco[5]. Nestes inquéritos, a prevalência de hipertensão arterial tem sido obtida através da aferição da pressão arterial ou do auto-relato[6-9,10-15]. O primeiro método, embora mais acurado, implica maiores custos e maior complexidade, uma vez que, além de envolver o uso de equipamentos, poderá exigir a revisita dos participantes, para atender os atuais critérios diagnósticos[16]. A aplicação de questionários, buscando a informação auto-referida, é uma estratégia de menor custo, acessível e rápida para estimar a prevalência de hipertensão arterial. No entanto, está sujeita a erros de classificação. A acurácia da informação coletada por auto-relato depende de características do questionário e da população a qual ele é aplicado.

O objetivo deste estudo foi avaliar a sensibilidade, especificidade e os valores preditivos positivo e negativo do auto-relato de hipertensão arterial conforme o padrão-ouro em um estudo de base populacional na cidade de Pelotas, RS.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte do sistema de consórcio do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Nesse sistema, todos os mestrandos do PPGE conduzem um único trabalho de campo, onde são atendidos os objetivos específicos de pesquisa de cada aluno[17].

Entre os meses de outubro de 2007 e janeiro de 2008, foi realizado um estudo transversal de base populacional entre indivíduos com 20 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS. Com cerca de 350 mil habitantes, Pelotas é o terceiro município mais populoso do estado. Noventa e dois por cento dessa população residem em área urbana[18].

Tamanho da amostra

Para detectar uma sensibilidade maior ou igual a 70%[19] para a hipertensão arterial auto-referida, com erro de 2 p. p. , acrescentando 10% para perdas ou recusas, seriam necessários 1.492 indivíduos hipertensos conforme o padrão-ouro. Para detectar uma especificidade de 86%[19], com erro de 2 p. p. e acrescentando 10% para perdas ou recusas, seriam necessários 1.430 indivíduos normotensos (conforme o padrão-ouro). Considerando que o presente consórcio deveria incluir aproximadamente 3.500 indivíduos e que a prevalência de hipertensão arterial em Pelotas estaria em torno de 40%[15], seriam encontrados cerca de 1.400 hipertensos.

Amostragem

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. Segundo o censo realizado no ano de 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Pelotas possui 404 setores censitários com domicílios. Com base na quantidade de recursos e tempo disponíveis para a coleta de dados, optou-se pela inclusão de 126 setores e 11 domicílios por setor para compor a amostra. Para a seleção dos setores procedeu-se da seguinte forma: os setores foram ordenados de forma crescente de acordo com a renda média do chefe da família, definidos pelo IBGE. Para a seleção dos domicílios, todos foram, dentro de cada setor, mapeados e numerados no sentido horário. O ponto inicial era indicado sempre no canto inferior direito da área do mapa disponibilizado pelo IBGE. Para saber quais seriam visitados, foi necessário calcular um pulo intra-setor. Isto foi feito dividindo-se o

número total de domicílios de cada setor por 11. O primeiro deles foi escolhido de forma aleatória entre o número um e o número total de domicílios para cada setor. Os domicílios subseqüentes foram escolhidos somando-se o valor do pulo ao inicialmente sorteado.

Foram incluídos neste estudo todos os moradores com idade igual ou superior a 20 anos e excluídas as mulheres que sabiam estarem grávidas. Foram classificados como perdas ou recusas todos aqueles indivíduos que mesmo após três tentativas de contato em dias, horários e por entrevistadores diferentes, incluindo a coordenadora deste estudo, não foi possível entrevistá-los nem obter as medidas da sua pressão arterial.

Variável teste e padrão-ouro

A variável teste deste estudo foi hipertensão arterial auto-referida, obtida através da pergunta: "Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?"

Para definição da hipertensão arterial conforme o padrão-ouro foram utilizados dois critérios: 1) o uso de medicação anti-hipertensiva e 2) aferição da pressão arterial. Para os que se disseram hipertensos, investigou-se sobre a prescrição médica de tratamento anti-hipertensivo. O grupo farmacológico do medicamento foi obtido através da revisão de receitas e/ou pela verificação da embalagem de todos os medicamentos prescritos por médico. Posteriormente, a lista de medicamentos de cada entrevistado era revisada pelo supervisor do estudo. Indivíduos com prescrição de anti-hipertensivos, independente de estarem usando ou não algum medicamento, foram classificados como hipertensos. No caso de os medicamentos revisados não corresponderem a um dos grupos farmacológicos de drogas anti-hipertensivas (beta-bloqueadores, diuréticos, bloqueador do receptor de aldosterona, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, bloqueadores da angiotensina, bloqueadores de alfa-1, agonistas de alfa-2, vasodilatadores diretos e Guanabenzeno)[20] a classificação como normotenso ou hipertenso era dependente do resultado da medida da pressão arterial.

A pressão arterial foi medida em todos os participantes, independente do auto-relato de ser portador de hipertensão arterial, através do monitor de pulso marca Omron modelo HEM 629/631[21,22]. Todos os monitores de pulso foram inicialmente testados com esfigmomanômetro do tipo aneróide. A primeira medida foi efetuada depois de

decorridos os primeiros 15 minutos de entrevista e a segunda, pelo menos cinco minutos após a primeira medida. Para a medida da pressão arterial, os indivíduos foram instruídos a ficar sentados durante a entrevista e não deviam estar com vontade de urinar. Além disso, não poderiam ter ingerido qualquer bebida ou alimento, nem fumado, pelo menos nos 30 minutos anteriores a esta aferição da pressão. Ao final, calculou-se a média aritmética das duas medidas. Aqueles que estivessem com pressão arterial inferior a 140/90 mmHg, sem uso de anti-hipertensivos, eram classificados como normotensos.

Os indivíduos com pressão arterial sistólica (PAS)≥140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)≥90 mmHg, que não estivessem sob uso de medicação anti-hipertensiva, foram revisitados para uma nova aferição da pressão arterial. Os mesmos cuidados tomados para a medida da pressão na primeira visita foram repetidos na segunda. O tempo médio entre a primeira e a segunda visitas foi de 6 semanas ± 4 semanas.

Na segunda visita, considerou-se como hipertenso todos aqueles indivíduos cuja média entre as duas medidas da pressão arterial (no início e no final da entrevista) foi igual ou superior a 140 mmHg, no caso da pressão sistólica, e igual ou superior a 90 mmHg, no caso da pressão diastólica. Esta definição foi baseada no VII Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [16,23].

Resumindo, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica neste estudo foi definido de duas formas: 1) quando a média das duas medidas obtidas em visitas realizadas em dias separados foi igual ou superior a 140 mmHg de PAS e/ou igual ou superior a 90 mmHg de PAD, e 2) quando o participante estava sob uso de medicamentos anti-hipertensivos. Todos os indivíduos que não faziam uso de medicamento anti-hipertensivo e que, na primeira visita, apresentaram PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg foram classificados como normotensos (Figura1).

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita no domicílio, através da aplicação de dois questionários, sendo um sobre as características sócio-demográficas, comportamentais, informações sobre hipertensão arterial sistêmica, medida da pressão arterial e utilização de serviço médico, para todos os indivíduos entrevistados. O outro questionário era respondido apenas pelo indivíduo que se considerava o chefe da família. Nesse

questionário obteve-se a informação da renda familiar mensal, que era o valor recebido, em reais, de cada morador do domicílio no último mês, de modo que a soma de todas as rendas correspondeu ao valor total recebido pela família. Posteriormente, este dado foi categorizado em quartis, sendo o primeiro quartil o de menor renda. As informações sócio-demográficas referiam-se a escolaridade, em anos completos de estudo, sexo, idade e cor da pele auto-referida; as comportamentais referiam-se ao tabagismo, sendo considerado tabagista o indivíduo que tivesse fumado um ou mais cigarros no último mês e ex-tabagista, aquele que não fumava há pelo menos um mês. Quanto a atividade física, foi considerado ativo o indivíduo que praticava atividade física maior ou igual a 150 min/semana, segundo o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)[24]. Para as informações sobre hipertensão arterial, a história familiar de hipertensão arterial do pai e da mãe foi obtida pelo relato do entrevistado e sobre a utilização dos serviços de saúde, considerou-se como consulta médica realizada no período referente aos 12 meses anteriores a entrevista.

As entrevistas foram realizadas por 30 entrevistadoras do sexo feminino com pelo menos o segundo grau completo, selecionadas mediante entrevista e prova escrita. O treinamento teve duração de 40 horas, abordando técnicas de entrevista, aplicação do questionário e utilização do monitor de pulso para medida da pressão arterial. Para a segunda visita, foram selecionadas e treinadas duas técnicas em enfermagem.

O estudo piloto foi realizado em área não sorteada para integrar a amostra, com todas as entrevistadoras que realizaram o treinamento, sob a supervisão dos mestrandos. Com o estudo piloto, foi possível detectar problemas no questionário, calcular o tempo da entrevista e avaliar o desempenho das entrevistadoras.

O controle de qualidade da primeira visita foi realizado pelo supervisor do estudo, em amostra aleatória de 10% das entrevistas, através da reaplicação de algumas perguntas do questionário. Utilizou-se o índice kappa para avaliar a concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pela coordenadora do estudo, que foi responsável pelo controle de qualidade. O controle de qualidade da segunda visita foi feito por telefone com 10% dos indivíduos selecionados através de sorteio. A supervisora do trabalho perguntava sobre a visita da segunda entrevistadora e certificava-se de que a mesma havia verificado a pressão arterial do participante.

Análise dos dados

Os dados das duas visitas foram duplamente digitados, comparados e corrigidos através do programa Epi Info versão 6.04[25] e a análise foi realizada através do programa STATA versão 9.0[26]. As prevalências de hipertensão arterial auto-referida e medidas (padrão-ouro) foram calculadas e comparadas através do teste qui-quadrado [27].

Foram calculadas as seguintes propriedades dos testes diagnósticos; sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da hipertensão arterial auto-referida. A sensibilidade forneceu a proporção de indivíduos hipertensos, conforme o padrão-ouro, que relataram ter hipertensão e a especificidade, a proporção de normotensos que relataram não ter hipertensão. O valor preditivo positivo (VPP) foi obtido pela proporção de verdadeiros hipertensos entre os que relataram ter hipertensão. O valor preditivo negativo (VPN) foi dado pela proporção de verdadeiros normotensos entre aqueles que se declararam não hipertensos [28]. Foram calculados intervalos de confiança de 95% para cada um desses parâmetros.

As propriedades do auto-relato também foram calculadas para cada estrato das variáveis independentes. Para explorar as características individuais que se associavam independentemente com a acurácia e o VPP do auto-relato, realizou-se regressão de Poisson com variância robusta. Na regressão, todas as variáveis foram levadas ao modelo inicial e retiradas por seleção retrógrada. Posteriormente, analisou-se a sensibilidade, especificidade e valores preditivos da combinação das variáveis que se associaram significativamente.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sendo aprovado através do ofício número 088/07. A entrevista somente foi realizada após a assinatura do participante ao Termo de Consentimento Informado. Tanto na primeira quanto na segunda visita, todos os participantes da pesquisa receberam um cartão contendo o valor da última medida da pressão arterial. Aqueles com pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg foram aconselhados a realizar consulta médica.

RESULTADOS

Foram localizados 1.534 domicílios. Destes, 1.522 eram residenciais e estavam habitados, sendo, portanto, elegíveis para o estudo. De um total de 3.180 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, foram entrevistados 2.986, o que representa uma taxa de respondentes de 94,9%. A Figura 1 apresenta o fluxograma do estudo com o número de indivíduos localizados em cada uma das visitas e prevalência de hipertensos e normotensos nos diferentes momentos de abordagem dos participantes. Na primeira visita, 98,8% (2.949) da amostra teve a pressão arterial aferida. Deste total, 21,9% (647) estavam em uso de medicação anti-hipertensiva e 15,3% (452) tiveram a PAS e/ou a PAD acima de 140/90 mmHg. Aqueles que tiveram os níveis tensionais alterados receberam a segunda visita; nesta segunda visita, a taxa de participação foi de 91,4% (413) sendo 48,7% (212) deles classificados como hipertensos.

A Tabela 1 descreve as características da população estudada. Mais da metade da amostra foi composta por mulheres (56,7%), cerca de dois terços dos participantes possuíam entre 20 e 49 anos e 79,3% classificaram-se como tendo cor da pele branca. Quanto a escolaridade, cerca de 60% possuíam de 5 a 12 anos de educação formal, sendo a média de 8 (±4,7) anos. A mediana de renda familiar foi de R$ 1.250,00 mensais. Havia história de hipertensão arterial do pai e da mãe, respectivamente, para 29,5% e 46,7% dos entrevistados. Pouco mais da metade dos indivíduos estudados nunca havia fumado (52,6%), 51,7% foram classificados pelo IPAQ como sedentários e pouco mais de três quartos (78,1%) haviam consultado com médico pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

A Tabela 1 mostra ainda a prevalência de hipertensão auto-referida e conforme o padrão-ouro segundo características sócio-demográficas, familiares, comportamentais e de utilização de consultas médicas. A prevalência de hipertensão arterial auto-referida de 33,6% (IC95% 32,0 – 35,4%) foi superior a obtida segundo o padrão-ouro (29,5%; IC95% 27,9 – 31,2%) ($p<0,001$).

Cerca de 40% das mulheres disseram-se hipertensas, enquanto o padrão-ouro mostrou que 31% eram, de fato, hipertensas. A prevalência de hipertensão arterial aumentou progressivamente com a idade nos dois parâmetros utilizados; a hipertensão auto-referida, passou de 11,3% entre indivíduos com 20 a 29 anos, para 61,9% entre aqueles com 60 anos ou mais; no caso da prevalência conforme o padrão-ouro entre estas faixas etárias, passou de 4,6% para 65,4%. Indivíduos com baixa escolaridade

tiveram maior prevalência de hipertensão auto-referida (47,3%) e de hipertensão pelo padrão-ouro (45,0%) do que os com 13 anos de educação formal (respectivamente 25,6 e 21,8 %)

A prevalência de hipertensão auto-referida foi maior que a obtida pelo padrão-ouro para todas as características estudadas, sendo que as diferenças não foram estatisticamente significativas: para o sexo masculino, para aqueles com idade igual ou maior a 50 anos, com cor da pele parda, nos extremos de escolaridade, para aqueles que diziam que o pai não tinha hipertensão e para os que não haviam consultado com médico nos últimos 12 meses (Tabela 1).

O índice kappa de concordância mostrou que a repetibilidade da resposta à pergunta "Algum médico já lhe disse que o Sr.(a) tem pressão alta?", testada em média 18 (± 11) dias entre uma entrevista e outra, durante o controle de qualidade, foi de 0,8.

Na Tabela 2, estão descritas as propriedades dos testes diagnósticos conforme as características da amostra. A sensibilidade e o valor preditivo positivo (VPP) para a hipertensão auto-referida foram, respectivamente, 84,3% (IC95% 81,7 – 86,7%) e 73,9% (IC 95% 71,0 – 76,6%). A especificidade e o valor preditivo negativo globais foram 87,5% (IC 95% 86,0 – 88,9%) e 93,0% (IC 95% 91,8 – 94,1%), respectivamente.

Esta mesma tabela mostra que não houve diferença importante na sensibilidade para a maioria das variáveis investigadas, como demonstra a sobreposição dos intervalos de confiança, exceto para sexo, idade, tabagismo e haver consultado com médico nos últimos 12 meses. A sensibilidade foi maior entre as mulheres (92,2%; IC95% 89,5-94,3%) do que entre os homens (72,7%; IC95% 67,7-77,3%). Entre os fumantes atuais, a sensibilidade do auto-relato de hipertensão foi de 75,3% (68,1-81,6%) contra 85,5% (81,8-88,5%) entre os nunca fumantes e 88,7% (83,9-92,4%) entre ex-tabagistas. Entre os que não haviam consultado com médico nos últimos 12 meses, a sensibilidade foi de 63,2% (53,6-72,0%) e, entre os que consultaram, de 88,3% (85,5-90,7%). A sensibilidade foi diferente nos extremos de idade, sendo de 56,2% para indivíduos entre 20-29 anos e superior a 80% entre aqueles com 40 anos ou mais. Para todas as categorias de cor da pele, escolaridade, renda familiar, história familiar de hipertensão e nível de atividade física, a sensibilidade foi de pelo menos 80% (Tabela 2).

Com a especificidade, os resultados foram inversos, sendo essa maior entre os homens (91,0% contra 84,7% das mulheres) e entre os que não consultaram com

médico nos últimos 12 meses (91,6% versus 86,2%). Tal como a sensibilidade, para as demais variáveis, a especificidade foi superior a 80% em todos os estratos.

Entre todas as categorias das variáveis investigadas, houve diferença no VPP conforme o grupo etário e hábito de fumar. O VPP entre as mulheres foi de 72,9% (69,3-76,3%) e de 75,8% (70,8-80,3%) entre os homens. Entre os fumantes atuais o VPP foi 63,4% (56,3-70,0%) contra 75,9% (72,0-79,6%) e 77,9% (72,4-82,7%), respectivamente, entre nunca fumantes e ex-tabagistas.

Mais de 80% dos indivíduos entrevistados responderam corretamente quanto a sua condição de apresentar hipertensão arterial (acurácia de 86,5%; IC95% 85,1-87,8%). A análise de regressão de Poisson mostrou que a probabilidade de resposta correta tanto na presença como na ausência de hipertensão esteve associada apenas com a escolaridade. Após ajuste para haver consultado nos últimos doze meses, os indivíduos com alta escolaridade (13 anos ou mais) apresentaram uma probabilidade 8% maior de responder corretamente do que os com menos de cinco anos de educação formal (RP 1,08; IC95% 1,03-1,12).

Com relação ao VPP, a análise de regressão de Poisson mostrou que, ajustando para quartis de renda familiar, as variáveis sexo, idade e haver consultado nos últimos 12 meses estavam independentemente associadas à correta presença de hipertensão arterial, quando o indivíduo se dizia hipertenso (VPP). A razão de prevalências (RP) para o auto-relato correto entre hipertensos foi de 1,24 (IC95% 1,08-1,43) para as mulheres em comparação aos homens tomados como referência. A associação com a idade foi direta e linear, com razões de prevalências de 3,72, 8,46, 15,09 e 21,92, respectivamente, para as idades de 30-39, 40-49, 50-59 e 60 anos ou mais. Entre os indivíduos que consultaram nos últimos 12 meses, a probabilidade de se referirem hipertensos quando de fato o eram foi 80% maior do que entre os que não consultaram (RP 1,80; IC95% 1,44-2,27).

Com base nesses resultados, a Tabela 3 mostra a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da combinação da idade e sexo para os quartis extremos de renda entre os que consultaram com médico nos últimos doze meses. O auto-relato de hipertensão mostrou-se válido para as mulheres de qualquer idade, que consultaram nos últimos 12 meses, independente do quartil de renda. A sensibilidade para as mulheres variou de 88,2% (20-39 anos de idade do quartil mais rico) a 100% (mulheres de 20-39 anos do quartil mais pobre). A especificidade variou de 80% entre aquelas com 40 anos ou mais de idade a 89,2% entre as mais jovens do quartil mais pobre. Entre os homens do quartil

mais rico, o auto-relato mostrou bom desempenho para aqueles com idade igual ou superior a 40 anos (sensibilidade de 90,4% e especificidade de 86,8%). Tanto para homens quanto para as mulheres com 40 anos ou mais de idade, do quartil mais rico, o VPP foi superior a 80%. O VPP dos homens com 40 anos ou mais do primeiro quartil foi semelhante ao da população geral (72,5%).

DISCUSSÃO

Na prática clínica, o método ideal para avaliar a presença de hipertensão em cada paciente é a avaliação da média de várias medidas da pressão arterial em dias diferentes[23]. Entretanto, para a realização de grandes inquéritos populacionais, torna-se logisticamente difícil e oneroso realizar mais de uma visita para os participantes. Vários estudos utilizam apenas uma medida da pressão arterial[6-10,13,15,29-31], ou o auto-relato[8,11,14,32,33] para determinar a prevalência de hipertensão arterial.

Este estudo mostrou que o auto-relato é uma estratégia válida para identificar a prevalência de hipertensão em estudos de base populacional, tendo uma sensibilidade de 84,3%, especificidade de 87,5% e repetibilidade de 80%. Apenas um estudo brasileiro com base populacional, com o objetivo de medir a validade do auto-relato da hipertensão arterial, foi localizado na literatura[19]. Nesse estudo, realizado em Bambuí, MG, com 970 indivíduos de 18 anos ou mais de idade, o padrão-ouro foi definido com base na média de duas medidas da pressão arterial tomadas em uma mesma visita e/ou no uso atual de medicamentos anti-hipertensivos. A sensibilidade e especificidade do auto-relato foram, respectivamente, 72,1% (IC95% 69,3-75,0%) e 86,4% (IC95% 84,3-88,6%). Os intervalos de confiança indicam que a sensibilidade foi maior entre os participantes em Pelotas e que a especificidade foi semelhante nas duas cidades.

Estudos conduzidos nos Estados Unidos mostraram sensibilidade variada, entre 71% (semelhante a Bambuí) e 83% (semelhante a Pelotas) e alta especificidade (80%), como os dois estudos brasileiros[34,35]. Um estudo espanhol identificou sensibilidade de 63,5% e especificidade de 91,4% [36].

Além de fatores contextuais e de estilo de vida, diferentes definições de padrão-ouro e diferentes instrumentos de mensuração da pressão arterial podem ter contribuído com a variação da sensibilidade encontrada na literatura. Alguns autores compararam o auto-relato aos registros médicos[35,36], enquanto outros aferiram a pressão arterial em uma[19] ou mais ocasiões[34]. A pressão arterial foi aferida com esfigmomanômetros aneróides no estudo de Lima et al[19] e com esfigmomanômetros de mercúrio no de Vargas et al[34].

O uso de monitores de pulso é recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Seu uso é mais simples e previne o erro de leituras dependentes da adequada identificação dos sons de korotkoff, necessária com os dois instrumentos

anteriores. O monitor utilizado neste estudo está aprovado pelos seguintes protocolos: British Hypertension Society e Association for the Advancement of Medical Instrumentation[21].

No atual estudo, o valor preditivo do auto-relato de hipertensão foi de 74%, indicando que, aproximadamente, três em cada quatro indivíduos que se declararam hipertensos, de fato o eram. Tal valor preditivo positivo é decorrente da alta especificidade do auto-relato e da alta prevalência de hipertensão arterial na população estudada. O estudo de Bambuí[19] e o NHANES III[34] encontraram valores preditivos semelhantes, com prevalências de hipertensão, respectivamente, de 23% e 27%.

Com relação aos subgrupos analisados, a sensibilidade do auto-relato entre as mulheres pelotenses foi maior do que entre as de Bambuí (92% contra 79%). Este estudo mostrou que a combinação dos fatores sexo, idade e renda familiar para os que consultaram nos últimos 12 meses era válida para as mulheres de todas as idades, tanto do primeiro quanto do quarto quartil de renda. Ainda, os homens com 40 anos ou mais de idade no quartil mais alto de renda apresentaram uma sensibilidade cerca de 50% maior do que a dos homens norte-americanos no estudo NHANES (90,4% contra 61%, respectivamente). As pelotenses de maior idade ($\geq$ 40 anos), por sua vez, tanto do quartil mais pobre quanto do mais rico, apresentaram sensibilidade superior a das mulheres norte-americanas.

A prevalência encontrada de hipertensão arterial auto-referida de 34% foi maior do que a de 23% (IC95% 22,0-25,0), observada na mesma cidade, em 2003[37], e a de 27% (IC95% 24,4-30,1%), registrada em Bambuí. As possíveis razões para essas diferenças incluem a não padronização das perguntas sobre hipertensão dos questionários utilizados, mudanças nos critérios clínicos de diagnóstico de hipertensão, oportunidade de o indivíduo ter recebido o diagnóstico através de um profissional e mudança real na prevalência do desfecho. O primeiro caso pode estar relacionado à diferença encontrada em relação a Bambuí, uma vez que naquele estudo a pergunta não se restringia a diagnóstico médico de hipertensão *("Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tinha pressão alta ou hipertensão arterial?").* Se tudo o mais fosse semelhante ao atual estudo, exceto a pergunta sobre hipertensão, esta maior flexibilidade teria resultado em maior prevalência de hipertensão auto-referida em Bambuí.

O estudo de Pelotas de 2003[37] investigou hipertensão auto-referida utilizando a seguinte pergunta: "O médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem algumas destas

doenças?" e a segunda opção de uma lista de seis doenças era : "pressão alta ou hipertensão".

A segunda razão (mudança nos critérios clínicos) não parece ter ocorrido, uma vez que o estudo de Bambuí adotou o mesmo ponto de corte para o padrão-ouro (140/90 mmHg), só que em apenas uma medida. A oportunidade de o indivíduo ter recebido o diagnóstico de hipertensão, por sua vez, depende do acesso e utilização dos serviços de saúde e do critério diagnóstico em voga na clínica médica. A esse respeito, no atual estudo, 78% dos participantes utilizaram serviços médicos ambulatoriais no último ano e, em Bambuí, 77% haviam consultado há menos de dois anos. Dados de Pelotas mostram que a aferição da pressão arterial de adultos na rede básica ocorre em 55,5% das consultas, independente da queixa principal (dados não publicados)[39]. Para Bambuí, não se localizou na literatura a frequência com que é medida a pressão arterial.

Quanto a possível mudança real na prevalência do desfecho a re-análise de um estudo de base populacional de Pelotas, realizado em 1999[15], com a pressão arterial medida uma única vez, mostrou que, caso o critério diagnóstico fosse o atualmente em voga, a prevalência de hipertensão seria de 37,2% (IC95% 35,1-39,4%). Se o atual estudo adotasse esse padrão-ouro, a prevalência de hipertensão seria muito semelhante (37,3%; IC95% 35,5-39,0%), com sensibilidade e especificidade do auto-relato de 71,3% (IC95% 68,5-73,9%) e 88,8% (IC95% 87,3-90,2%), respectivamente. Tal achado indica que a prevalência real de hipertensão arterial não aumentou nos últimos oito anos.

Metodologicamente, uma das limitações deste estudo é o tempo de seis semanas decorridas entre a primeira e a segunda medidas, entre os indivíduos com níveis pressóricos elevados na primeira visita. Neste período, três pessoas haviam iniciado o uso de medicação anti-hipertensiva, sendo que duas permaneciam com a pressão elevada. No entanto, esse fato não resultou em erro de classificação do desfecho, sendo as três classificadas como hipertensas devido ao uso de anti-hipertensivos. Modificações no estilo de vida ao longo destas seis semanas também podem ter ocorrido. Entretanto, há evidências de que o efeito do estilo de vida saudável sobre redução dos níveis pressóricos torna-se evidente, em geral, após transcorrido um período de pelo menos 6 meses[38].

Aspectos positivos deste estudo incluem seu caráter populacional e o reduzido número de perdas e recusas. Quanto ao primeiro, o número de indivíduos estudados e a estratégia de amostragem resultaram em uma amostra, cuja distribuição em termos de

idade, sexo e renda familiar média é semelhante às estimativas censitárias do IBGE para Pelotas, no ano de 2007[18]. Quanto às perdas e recusas, o estudo contou com uma alta taxa de participação na primeira e segunda visitas, reduzindo o risco de viés de seleção. A sensibilidade observada do auto-relato (84,3%), superior a estimada por ocasião do planejamento do estudo (70%), permitiu que este parâmetro fosse estimado com um erro de 2,5 pontos percentuais, dados os 859 hipertensos da amostra.

O Brasil é um país que vem acumulando experiência em inquéritos populacionais para medir a prevalência auto-referida de hipertensão. Em 1998, o suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) estimou em 20% a prevalência na população adulta[8]. Entre 2000 e 2003, um inquérito domiciliar em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, conduzido pelo Instituto Nacional do Câncer, encontrou prevalências variando de 7,4% a 15,7% nas pessoas com 25-39 anos de idade, de 26% a 36,4% naquelas entre 40-59 anos e de 39% a 59% nos idosos[11]. Mais recentemente, o estudo implantado pelo sistema VIGITEL (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) nas capitais brasileiras, realizado em 2006, demonstrou que a hipertensão auto-referida variou de 15,1% a 23,9% entre adultos com idade maior ou igual a 18 anos[32].

Em que pesem as diferenças regionais de escolaridade, renda e acesso a serviços de saúde, o atual estudo demonstra que o auto-relato de hipertensão é válido e pode ser usado em nosso meio para monitorar mudanças na prevalência desse importante fator de risco para DCNT. No entanto, a padronização da pergunta nos diferentes inquéritos é essencial para que os resultados possam ser comparáveis.

REFERÊNCIAS

1. WHO. The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

2 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/c08.def. Acessado em 28.08.2008.

3. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/c08.def. Acessado em 28.08.2008.

4. Lawes, CMM, Hoorn, SV, Rodgers A, for the Internacional Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet 2008;371:1513-18.

5. Santos IS. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não-transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 p.233.

6. Piccini RX, Victora CG. Systemic arterial hypertension in a urban area of southern Brazil: prevalence and risk factors. Revista de Saúde Pública. 1994 Aug;28:261-7.

7. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1994;63:473-9.

8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro 1998.

9. Klein CH, Silva NA, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LH. Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil: I. Methodology. Cadernos de Saúde Pública.1995;11:187-201.

10. Klein CH, Souza-Silva NA, Nogueira AR, Bloch KV, Campos LH. Arterial hypertension in Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil: II. Prevalence. Cadernos de Saúde Publica. 1995;11:389-94.

11. Ministério da Saúde, Brasil. Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais

e Distrito Federal. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro Inca, 2004.

12. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang JX, Johansen H, Campbell NR. Large increases in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. Hypertension. 2006;48:853-60.
13. Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, de Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MM. Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA)--Brazil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006;87:747-56.
14. Pitsavos C, Milias GA, Panagiotakos DB, Xenaki D, Panagopoulos G, Stefanadis C. Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. BMC Public Health. 2006;6:206.
15. Dias da Costa J, Barcellos F, Sclowitz M, Sclowitz I, Castanheira M, Olinto M, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007;88:59-65.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72
17. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. Rev. bras. epidemiol. 2008:11(Supl 1):133-44.
18. http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acessado em 01.09.2007.
19. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambui study)]. Revista de Saúde Pública. 2004;38:637-42.
20. Stefani, SD, Barros, E; 2ed. Clínica Médica: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2004.
21. http://www.bhsoc.org/bp_monitors/automatic_wrist.stm. Acessado em 28.09.2008.
22. http;//www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/820_02re.htm. Acessado em 15/08/2007
23. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood

Pressure Education Program. U.S Department of Health and Human Services, 2004.

24. Craig C L, S.M., Bauman A E , Booth M L , Ainsworth B E , Pratt M , Ekelund U , Yngve A , Sallis J F , Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine and science in sports and exercise. 35:1381-95, 2003.
25. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 2002.
26. StataCorp. Stata statistical software: release 9.0. College Station: Stata Corporation; 2003.
27. Kirkwood B. Essentials of medical statistics. London: Blackwell Scientific Publications; 1988.
28. Fletcher, RH, Fletcher, SW. Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006. 288p.
29. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004 ;83:429-33; 4-8.
30. Beunza JJ, Martinez-Gonzalez MA, Serrano-Martinez M, Alonso A. Incidence of hypertension in a cohort of Spanish university graduates: the SUN study. Revista Espanola de Cardiologia. 2006;59:1331-4.
31. Erem C, Hacihasanoglu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of hypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. J Public Health (In press).
32. Monteiro CA, de Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo IC, et al. Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews. Revista de Saúde Pública. 2005;39:47-57.
33. Vigitel Brasil 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde. Brasília, DF 2007.
34. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. Preventive Medicine. 1997;26:678-85.

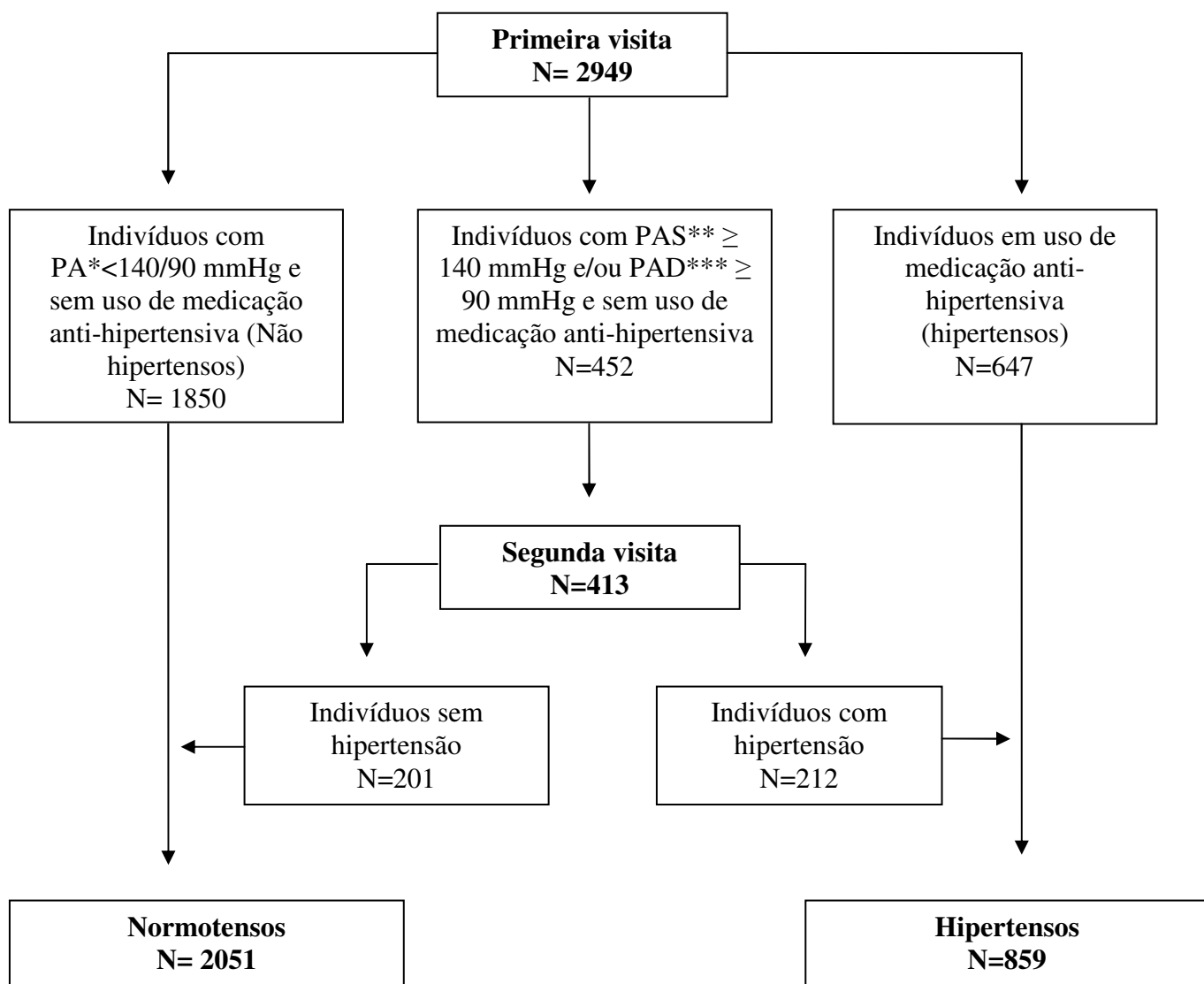
35. Martin LM, Leff M, Calonge N, Garrett C, Nelson DE. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. American Journal of Preventive Medicine. 2000;18:215-8.
36. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Barber X. Validation of self diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. EPIC Group of Spain. Journal of Epidemiology and Community Health. 2000;54:221-6.
37. Capilheira, M. Prevalência e fatores associados à consulta médica e solicitação de exames complementares: um estudo de base populacional (Dissertação de mestrado). Pelotas: Departamento de Medicina Social Universidade Federal de Pelotas, 2004.
38. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, Stevens VJ, Vollmer WM, Lin PH, Svetkey LP, Stedman SW, Young DR; Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA. 2003; 289:23-30.
39. Capilheira MF, Santos IS. Doenças crônicas não-transmissíveis: perfil e desempenho dos médicos da atenção primária a saúde no sul do Brasil. (Dados não publicados)

*PA= pressão arterial **PAS= pressão arterial sistólica ***PAD= pressão arterial diastólica

Figura1. Fluxograma do estudo e prevalência de hipertensão arterial conforme o padrão-ouro. Pelotas, RS, 2007.

Tabela1. Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, história familiar de hipertensão, utilização de consulta médica e prevalência da hipertensão auto-referida e conforme o padrão-ouro de amostra representativa da população de Pelotas, RS, 2007.

Características	n (%)	Hipertensão arterial sistêmica		P valor**
		Auto-referida n (%)	Padrão-ouro n (%)	
Sexo				
Masculino	1277 (43,3)	1274 (26,8)	1255 (27,7)	0,30
Feminino	1672 (56,7)	1671 (38,8)	1655 (30,9)	< 0,001
Idade em anos				
20-29	701 (23,8)	701 (11,3)	694 (4,6)	< 0,001
30-39	544 (18,4)	544 (20,6)	540 (12,2)	< 0,001
40-49	594 (20,1)	592 (32,4)	584 (25,2)	< 0,001
50-59	517 (17,5)	517 (46,6)	509 (45,8)	0,79
60 ou mais	593 (20,1)	591 (61,9)	583 (65,4)	0,22
Cor da pele auto-referida				
Branca	2334 (79,3)	2330 (32,5)	2307 (28,9)	0,008
Preta	400 (13,6)	400 (40,3)	391 (33,5)	0,04
Parda	209 (7,1)	209 (32,1)	206 (28,6)	0,45
Escolaridade				
0-4	696 (23,6)	694 (47,3)	682 (45,0)	0,40
5-8	928 (31,5)	926 (34,8)	916 (29,8)	0,02
9-12	827 (28,1)	827 (25,6)	820 (20,9)	0,02
13 ou mais	496 (16,8)	496 (25,6)	490 (21,8)	0,16
Renda Familiar (quartis)*				
Primeiro quartil (menor)	723 (26,5)	722 (33,9)	710 (29,3)	0,06
Segundo quartil	655 (24,0)	655 (32,7)	647 (29,4)	0,20
Terceiro quartil	688 (25,2)	686 (36,4)	684 (31,1)	0,04
Quarto quartil (maior)	661 (24,2)	661 (28,9)	653 (25,9)	0,22
História familiar de hipertensão arterial				
Pai				
Não	1611 (54,6)	1610 (27,0)	1589 (24,5)	0,10
Sim	869 (29,5)	867 (41,8)	860 (33,3)	< 0,001
Ignorado	469 (15,9)	468 (41,2)	461 (39,9)	0,68
Mãe				
Não	1262 (42,8)	1261 (25,5)	1247 (21,1)	0,007
Sim	1378 (46,7)	1377 (38,4)	1360 (33,8)	0,01
Ignorado	309 (10,5)	307 (45,3)	303 (45,2)	0,99
Tabagismo				
Nunca fumou	1550 (52,6)	1549 (33,1)	1530 (29,5)	0,03
Fumante atual	754 (25,6)	753 (27,2)	742 (22,9)	0,05
Ex-tabagista	645 (21,9)	643 (42,5)	638 (37,3)	0,06
Atividade Física*				
Ativo	1415 (48,3)	1413 (30,4)	1398 (26,1)	0,01
Sedentário	1517 (51,7)	1515 (36,6)	1496 (32,6)	0,02
Consulta médica nos últimos 12 meses*				
Não	608 (21,9)	606 (18,7)	604 (18,9)	0,92
Sim	2173 (78,1)	2171 (35,7)	2142 (29,5)	< 0,001
Total	2949 (100,0)	2945 (33,6)*	2910 (29,5)*	< 0,001

*Valores ignorados para: escolaridade (2), classe social (29), renda familiar (219), atividade física (16), consulta médica (166), HAS auto-referida (4) e hipertensão medida (17). **Teste qui-quadrado.

Tabela 2. Propriedades do auto-relato de hipertensão arterial, conforme características sócio-demográficas, familiares, comportamentais e utilização de consulta médica. Pelotas, RS, 2007

Características	Sensibilidade (%) IC95%	Especificidade (%) IC95%	Valor preditivo positivo (%) IC95%	Valor preditivo negativo (%) IC95%
Sexo				
Masculino	72,7 (67,7 – 77,3)	91,0 (89,0 – 92,8)	75,8 (70,8 – 80,3)	89,7 (87,5 – 91,6)
Feminino	92,2 (89,5 – 94,3)	84,7 (82,5 – 86,7)	72,9 (69,3 – 76,3)	96,0 (94,6 – 97,2)
Idade (anos)				
20-29	56,2 (37,6 – 73,6)	90,8 (88,3 – 92,9)	22,8 (14,1 – 33,6)	97,7 (96,2 – 98,8)
30-39	78,8 (67,0 – 87,9)	87,3 (84,0 – 90,2)	46,4 (37,0 – 56,1)	96,7 (94,6 – 98,2)
40-49	83,0 (75,8 – 88,6)	84,6 (80,9 – 87,9)	64,5 (57,3 – 71,4)	93,6 (90,8 – 95,8)
50-59	84,5 (79,3 – 88,9)	85,1 (80,4 – 89,1)	82,8 (77,4 – 87,4)	86,7 (82,1 – 90,5)
60 ou mais	87,9 (84,0 – 91,0)	86,5 (81,0 – 90,9)	92,5 (89,3 – 95,0)	79,0 (73,0 – 84,2)
Cor da pele auto-referida				
Branca	84,1 (81,1 – 86,8)	88,3 (86,7 – 89,9)	74,6 (71,3 – 77,5)	93,2 (91,8 – 94,4)
Preta	86,3 (79,2 – 91,7)	82,3 (77,1 – 86,8)	71,1 (63,4 – 78,0)	92,2 (88,0 – 95,3)
Parda	81,4 (69,1 – 90,3)	87,8 (81,3 – 92,6)	72,7 (60,4 – 83,0)	92,1 (86,4 – 96,0)
Escolaridade (anos)				
0-4	86,3 (82,0 – 90,0)	85,0 (81,0 – 88,5)	82,6 (78,0 – 86,5)	88,3 (84,5 – 91,4)
5-8	81,7 (76,6 – 86,1)	85,0 (82,0 – 87,7)	69,9 (64,5 – 74,9)	91,6 (89,1 – 93,7)
9-12	80,1 (73,2 – 85,8)	88,4 (85,7 – 90,8)	64,6 (57,8 – 70,1)	94,4 (92,3 – 96,1)
13 ou mais	91,6 (84,6 – 96,1)	92,4 (89,3 – 94,9)	77,2 (68,9 – 84,1)	97,5 (95,4 – 98,9)
Renda Familiar (quartis)				
Primeiro (menor)	82,2 (76,3 – 87,2)	86,0 (82,7 – 88,9)	70,9 (64,8 – 76,6)	92,1 (89,3 – 94,4)
Segundo	83,2 (77,1 – 88,2)	88,2 (84,9 – 91,0)	74,5 (68,1 – 80,3)	92,6 (89,8 – 94,9)
Terceiro	83,6 (77,9 – 88,3)	85,1 (81,5 – 88,2)	71,8 (65,7 – 77,3)	91,9 (89,0 –94,3)
Quarto (maior)	87,6 (81,6 – 92,1)	91,3 (88,5 – 93,7)	77,9 (71,3 – 83,6)	95,5 (93,2 – 97,2)
Pai hipertenso	`			
Não	81,2 (77,0 – 85,0)	90,6 (88,8 – 92,2)	73,3 (69,2 – 77,8)	93,7 (92,1 – 95,0)
Sim	88,8 (84,6 – 92,2)	81,6 (78,2 – 84,7)	70,7 (65,7 – 75,4)	93,6 (91,1 – 95,6)
Ignorado	83,7 (77,6 – 88,7)	86,2 (81,6 – 90,1)	80,2 (73,9 – 85,6)	88,8 (84,4 – 92,3)
Mãe hipertensa				
Não	81,7 (76,5 – 86,2)	89,5 (87,4 – 91,4)	67,6 (62,2 – 72,7)	94,8 (93,2 – 96,2)
Sim	85,2 (81,6 – 88,3)	85,2 (82,7 – 87,5)	74,6 (70,7 – 78,3)	91,9 (89,8 – 93,6)
Ignorado	86,1 (79,2 – 91,4)	87,8 (81,8 – 92,4)	85,5 (78,5 – 90,9)	88,3 (82,4 – 92,8)
Tabagismo				
Nunca fumou	85,4 (81,8 – 88,5)	88,7 (86,6 – 90,5)	75,9 (72,0 – 79,6)	93,5 (91,9 – 95,0)
Fumante atual	75,3 (68,1 – 81,6)	87,0(84,0 - 89,7)	63,4 (56,3 – 70,0)	92,2 (89,6 – 94,3)
Ex-tabagista	88,7 (83,9 – 92,4)	84,9 (81,0 – 88,3)	77,9 (72,4 – 82,7)	92,6 (89,4 – 95,1)
Atividade Física				
Ativo	79,8 (75,0 – 84,1)	87,0 (84,6 – 89,2)	69,1 (64,1 – 73,8)	92,2 (90,2 – 94,0)
Sedentário	87,2 (84,1 – 89,9)	87,8 (85,8 – 89,7)	76,7 (73,2 – 80,1)	93,7 (92,1 – 95,1)
Consultou com médico nos últimos 12 meses				
Sim	88,3 (85,5 – 90,7)	86,2 (84,4 – 87,9)	72,9 (69,5 – 76,0)	94,6 (93,3 – 95,8)
Não	63,2 (53,6 – 72,0)	91,6 (88,8 – 93,6)	63,7 (54,1 – 72,6)	91,4 (88,6 – 93,7)
HAS auto-referida	**84,3(81,7 – 86,7)**	**87,5 (86,0 – 88,9)**	**73,9 (71,0 – 76,6)**	**93,0 (91,8 – 94,1)**

Tabela 3. Propriedades do auto-relato de hipertensão arterial conforme o sexo e a idade para os quartis extremos de renda familiar entre os que consultaram nos últimos 12 meses. Pelotas, RS, 2007.

Variável	Prevalência (%)	Sensibilidade % (IC 95%)	Especificidade % (IC 95%)	Valor preditivo positivo % (IC95%)	Valor preditivo negativo % (IC95%)
Mulheres no primeiro quartil					
20-39 anos	3,3	100,0 (39,8-100,0)	89,2 (82,9-94,6)	25,0 (7,3-52,4)	100,0 (96,6-100,0)
≥ 40 anos	48,0	91,6 (83,4-96,5)	80,0 (70,2-87,7)	80,9 (71,4-88,2)	91,1 (82,6-96,4)
Mulheres no quarto quartil					
20-39 anos	41,6	88,2 (63,6-98,5)	86,9 (79,9-92,2)	46,9 (29,1-65,3)	98,3 (93,9-99,8)
≥ 40 anos	36,6	93,7 (84,5-98,2)	88,1 (80,5-93,5)	81,9 (71,1-90,0)	96,0 (90,1-98,9)
Homens no primeiro quartil					
20-39 anos	3,3	66,7 (9,4-99,2)	92,0 (84,3-96,7)	22,2 (2,8-60,0)	98,8 (93,4-100)
≥ 40 anos	45,7	78,4 (61,8-90,2)	75,0 (59,7-86,8)	72,5 (56,1-85,4)	80,5 (65,1- 91,2)
Homens no quarto quartil					
20-39 anos	9,4	66,7 (29,9-92,5)	96,6 (90,3-99,3)	66,7 (29,9-92,5)	96,6 (90,3-99,3)
≥ 40 anos	43,3	90,4 (79,0-96,8)	86,8 (76,4-93,8)	83,9 (71,7-92,4)	92,2 (82,7-97,4)

V Anexos

Anexo 1

Questionário bloco geral

BLOCO A: GERAL *# Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos*	***ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO***
Número do setor ___ ___ ___ Número da família ___ ___ Número da pessoa ___ ___ Endereço: ____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: __ __/ __ __/ __ __ __ __ Entrevistadora: ______________________________	*ASET* __ __ __ *AFAM* __ __ *APESSOA* __ __ *ATIPOM* __ *ADE* __ __/__ __/__ __ __ __ *AENT* __ __
A1) **Qual é o seu nome?** ______________________________ A2) **Qual é a sua idade?** __ __ __ anos completos A3) **Qual é sua data de nascimento?** __ __ / __ __ / __ __ __ __ A4) **O(a) Sr.(a) é o chefe da família?** (0) Não (1) Sim (9)IGN	*AIDADE* __ __ __ *ANASC* __ __/__ __/__ __ __ __ *ACHEFE* ___
AS PERGUNTAS A5 E A6 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA	
A5) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: ____________________ A6) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	*ACORPEL* ___ *ASEXO* ___
A7) **O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?** (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO A9 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO A9 (9) IGN A8) **Até que série o(a) Sr.(a) estudou?** Anotação: ______________________________ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA A9) **Qual a sua situação conjugal atual?** (1) **Casado(a) ou mora com companheiro(a)** (2) **Solteiro(a) ou sem companheiro(a)** (3) **Separado(a)** (4) **Viúvo(a)** A10) **Qual é o seu peso atual?** __ __ __ , __ kg (999,9) IGN A11) **Qual é a sua altura?** __ __ __ cm (999) IGN A12) **Qual a sua cor ou raça?** (1) **Branca** (2) **Preta** (3) **Amarela** (4) **Indígena** (5) **Parda** (6) **Outra:** ______________________	*ASABLER* ___ *AESCOLA* ___ ___ *ACOMPAN* ___ *APESO* ___ ___ ___ , __ *AALTUR* ___ ___ ___ *ACORPELE* ___

1A

A13) **Como o(a) Sr.(a) considera a sua saúde?** (1) **Excelente** (2) **Muito boa** (3) **Boa** (4) **Regular** (5) **Ruim** (9) IGN A14) **O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou?** (0) Não, nunca fumou → *Pule para a questão A17* (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há __ __ anos __ __ meses A15) **Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma ? (ou fumou durante quanto tempo)?** __ __ anos __ __ meses (88) NSA (99) IGN A16) **Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?** __ __ cigarros (88) NSA (99) IGN A17) **O (a) Sr.(a) tem intestino preso ou prisão de ventre?** (0) Não → *Pule para a pergunta A19* (1) Sim (9) IGN A18) **Nos últimos seis meses, o (a) Sr.(a) consultou algum médico ou nutricionista por causa desse problema?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*AUTOSAU* ___ *AFUMO* ___ *ATPAFUA* ___ ___ *ATPAFUM* ___ ___ *ATEFUMOA* ___ ___ *ATEFUMOM* ___ ___ *ACIGDIA* ___ ___ *PAUTOCO*___ *PMED*___
AGORA, FAREI PERGUNTAS SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE.	
A19) **O(a) Sr.(a) já doou sangue alguma vez na vida?** (0) Não (1) Sim → *Pule para a pergunta A21* (9) IGN A20) **Qual o principal motivo pelo qual o(a) Sr.(a) nunca doou sangue?** (01) Medo de pegar alguma doença (02) Medo da agulha/coleta (03) Nunca pediram (04) Tem alguma doença que impede a doação (05) Não sabe que é possível doar (06) É muito difícil ir ao local de coleta ou acha que se perde muito tempo (07) Outro ______________________ (88) NSA (99) IGN	*ZDOOU*___ *ZDNAO*___ ___
→ *Pule para a pergunta A25.*	
A21) **Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) doou sangue?** (1) Menos de um ano (2) Mais de 1 até 5 anos (3) Mais de 5 até 10 anos (4) Mais de 10 anos (8) NSA (9) IGN	*ZDULT*___

2A

A22) **Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a doar sangue?** (01) Ajudar alguém conhecido (02) Para ajudar as pessoas em geral/porque sou doador (03) Saber se tinha alguma doença (04) Imposição do quartel (05) Afinar o sangue (06) Campanhas (07) Outro ____________________ (88) NSA (99) IGN	*ZDMOT*___ ___
A23) **No último ano, isto é, desde** *<mês>* **do ano passado até hoje, quantas vezes o(a) Sr.(a) doou sangue?** ___ vezes → *se tiver doado alguma vez no último ano, pule para a pergunta A25* (8) NSA (9) IGN	*ZDDOZE*___
A24) **Por que o(a) Sr.(a) parou de doar sangue**? (01) Sofreu algum tipo de dano físico por causa do procedimento (sentiu-se mal, ficou com o braço machucado, teve dor) (02) Não pensou na possibilidade de doar novamente (03) Não teve tempo disponível para doar novamente (04) Acha difícil ir até o local de coleta (05) Não pode doar novamente por algum problema encontrado no seu sangue na doação anterior (06) Tem medo de ficar anêmico/não sabe se já pode doar novamente (07) Outro ____________________ (88) NSA (99) IGN	*ZDPARO*___ ___
A25) **Sobre as campanhas de doação de sangue, o(a) Sr.(a) diria que:** (1) **Nunca viu ou ouviu alguma campanha sobre doação de sangue** (2) **Já viu ou ouviu poucas campanhas sobre doação de sangue** (3) **Já viu ou ouviu várias campanhas sobre doação de sangue**	*ZDCAMP*___
A26) **Algum parente ou amigo seu costuma doar sangue?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*ZDAMI*___
A27) **No último ano, isto é, desde** *<mês>* **do ano passado até hoje, o(a) Sr.(a) precisou receber sangue de alguém?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*ZRECEB*___
Agora, vou ler algumas frases sobre doação de sangue e gostaria que o(a) Sr.(a) me diga se concorda, não concorda ou não sabe.	
A28) **As pessoas que pesam menos de 50 kg não podem doar sangue.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDPESO* ___
A29) **As pessoas com pressão alta nunca podem doar sangue.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDHAS*___
A30) **As mulheres grávidas não podem doar sangue.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDGRAV*___

3A

A31) **As pessoas que usam drogas <u>não</u> podem doar sangue.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDDROGA___*
A32) **As pessoas devem doar sangue em jejum.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDJEJ___*
A33) **Só podem doar sangue as pessoas que são saudáveis.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDSAU ___*
A34) **Doar sangue pode salvar vidas.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDSALV ___*
A35) **A pessoa que doa sangue deveria ser paga por isso.** **(0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe**	*ZDPG ___*
AGORA VOU LHE MOSTRAR ALGUMAS FACES QUE EXPRESSAM VÁRIOS SENTIMENTOS, DESDE UMA PESSOA QUE SE SENTE MUITO FELIZ (*APONTAR PARA A PRIMEIRA FACE*) **ATÉ UMA PESSOA QUE SE SENTE MUITO INFELIZ** (*APONTAR PARA A ÚLTIMA FACE PASSANDO POR TODAS AS DEMAIS FACES INTERMEDIÁRIAS*)	
A36) **Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o(a) Sr.(a) se sente, pensando em sua vida como um todo?** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	*FELICIDA ___*
AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE AS SUAS ARTICULAÇÕES OU JUNTAS. PENSE NOS ÚLTIMOS 12 MESES, OU SEJA, DE <MÊS> DE 2006 ATÉ HOJE:	
A37) **O(A) Sr.(a) teve <u>dor ou dolorimento</u> nas juntas, que durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VDOR ___*
A38) **O(A) Sr.(a) teve <u>inchaço</u> nas juntas, que durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VEDEM ___*
A39) **O(A) Sr.(a) teve <u>endurecimento ou dificuldade para mexer</u> as juntas, ao levantar pela manhã, e que durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VRIGI ___*
→ *Se todas as perguntas A37, A38 e A39 forem "Não", pule para a pergunta A41.*	

4A

A40) **Quais as juntas que lhe incomodam mais?** Mãos (0) Não (1) Sim (8) NSA Punhos (0) Não (1) Sim (8) NSA Cotovelos (0) Não (1) Sim (8) NSA Ombros (0) Não (1) Sim (8) NSA Quadril (0) Não (1) Sim (8) NSA Joelhos (0) Não (1) Sim (8) NSA Tornozelos (0) Não (1) Sim (8) NSA Pés (0) Não (1) Sim (8) NSA Coluna (0) Não (1) Sim (8) NSA	*VMAO* ___ *VPUNH* ___ *VCOTO* ___ *VOMBR* ___ *VQUAD* ___ *VJOEL* ___ *VTORN* ___ *VPES* ___ *VCOLU* ___
A41) **Alguma vez, um(a) médico(a) disse que o(a) Sr(a). tem artrite ou reumatismo?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VREUMA* ___
→ *Se a resposta das perguntas A37, A38, A39 e A41 forem NÃO, pule para a pergunta A44.*	
A42) **O reumatismo ou estes problemas das juntas atrapalha as suas atividades do dia-a-dia, como se vestir, tomar banho, se pentear ou se alimentar sozinho?** (0) **Não atrapalha** (1) **Atrapalha pouco** (2) **Atrapalha mais ou menos** (3) **Atrapalha muito** (8) NSA	*VINCVD* ___
A43) **O reumatismo ou estes problemas das juntas atrapalha as suas atividades de trabalho, serviço da casa ou estudo?** (0) **Não atrapalha** (1) **Atrapalha pouco** (2) **Atrapalha mais ou menos** (3) **Atrapalha muito** (4) **Não trabalha ou não estuda** (8) NSA	*VINCLAB* ___
A44) **O(a) Sr.(a) tem algum parente com artrite ou reumatismo?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*VCONS* ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE TRABALHO.	
A45) **Nos últimos dois anos, o(a) Sr.(a) esteve trabalhando, mesmo que em casa, ou estudando?** (0) Não → *Pule para a pergunta A48* (1) Sim	*VTRAB* ___
A46) **No seu trabalho ou estudo, o(a) senhor(a) precisa levantar muito peso ou fazer muita força?** (0) **Nunca** (1) **Às vezes** (2) **Sempre** (8) NSA	*VPESO* ___

5A

A47) **No seu trabalho ou estudo, o(a) senhor(a) precisa repetir muitas vezes a mesma tarefa?** (0) **Nunca** (1) **Às vezes** (2) **Sempre** (8) NSA	*VREPET* ___
ATENÇÃO: SE O INDIVÍDUO TIVER <u>MENOS DE 60 ANOS</u>, PULE PARA A PERGUNTA A66. **AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO SEU DIA-A-DIA.**	
A48) Questionário respondido por : *(observado pela entrevistadora)* (0) Idoso(a) (1) Cuidador ou responsável (8) NSA	*IRESPO* ___
PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS, PEÇO QUE O(A) SR.(A) RESPONDA SE <u>RECEBE</u>, SE <u>NÃO RECEBE AJUDA</u> OU SE <u>NÃO CONSEGUE</u> FAZER AS ATIVIDADES DO SEU DIA-A-DIA:	
A49) **O(a) Sr.(a) recebe ajuda para tomar banho?** (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não consegue tomar banho (8) NSA (9) IGN	*ITBANHO* ___
A50) **O(a) Sr.(a) recebe ajuda para se vestir?** (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não consegue se vestir (8) NSA (9) IGN	*IVESTIR* ___
A51) **O(a) Sr.(a) recebe ajuda para ir ao banheiro?** (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não vai ao banheiro (8) NSA (9) IGN	*IBANHE* ___
A52) **O(a) Sr.(a) recebe ajuda para sentar e levantar da cadeira e da cama?** (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial para sentar ou levantar da cadeira ou da cama (3) Recebe grande ajuda ou não sai da cama (8) NSA (9) IGN	*ICAMA* ___
A53) **O(a) Sr.(a) recebe ajuda para comer?** (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou é alimentado por sonda (8) NSA (9) IGN	*ICOMER* ___

APENAS NA PRÓXIMA PERGUNTA, EU VOU PEDIR QUE O(A) SR.(A) ESPERE QUE EU LEIA AS OPÇÕES, ANTES DE RESPONDER.	
A54) **O(a) Sr.(a) tem controle das funções de fazer xixi e cocô?** (1) **Sim, tem controle** (2) **Algumas vezes ocorrem "problemas" para controlar o xixi e/ou o cocô** (3) **Não tem controle sobre as funções de fazer xixi e/ou fazer cocô** (8) NSA (9) IGN	*IXIXI* ___
PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS, PEÇO QUE O(A) SR.(A) RESPONDA SE CONSEGUE FAZER SOZINHO(A), SE RECEBE AJUDA OU SE NÃO CONSEGUE FAZER AS ATIVIDADES DO SEU DIA-A-DIA:	
A55) **O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*IFONE* ___
A56) **O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes usando ônibus ou táxi sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*ITRANS* ___
A57) **O(a) Sr.(a) consegue fazer compras sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*ICOMP*___
A58) **O(a) Sr.(a) consegue preparar sua própria comida sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*ICOMID*___
A59) **O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*ICASA* ___

A60) **O(a) Sr.(a) consegue lavar a roupa sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*IROUPA* ____
A61) **O(a) Sr.(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a)?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*IDINHEI* ___
A62) **O(a) Sr.(a) consegue tomar sozinho(a) seus remédios na dose e horários certos?** (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue (8) NSA (9) IGN	*IREMED*___
A63) **O(a) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr(a)?** (0) Não → Pule para a pergunta a A66 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*ICUID*___
A64) **Quem é essa pessoa?** (01) Esposo(a) ou companheiro(a) (02) Filho(a) (03) Irmão(ã) (04) Vizinho (05) Uma pessoa contratada (06) Outros(as) ________________________ (88) NSA	*IQUEM* ___ ___
A65) **Quantas horas por dia ele(a) fica com o(a) Sr.(a)?** __ __ horas por dia (77) Não tem horário definido (88) NSA (99) IGN Outra resposta: ____ ____ ____	*IHORCU*___ ___

8A

ATENÇÃO: AGORA O QUESTIONÁRIO DEVE SER APLICADO A TODOS OS INDIVÍDUOS. **AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PRIMEIRO NÓS VAMOS FALAR APENAS DE SUAS CAMINHADAS. PARA RESPONDER ÀS PRÓXIMAS PERGUNTAS PENSE NOS ÚLTIMOS SETE DIAS.**	
A66) **Desde** <*dia da semana passada*>**, quantos dias o (a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício que duraram mais de 10 minutos seguidos**. __ dias (0) nenhum → *Pule para apergunta A69* (9) IGN	*CAMDIA* ___
A67) **Nos dias que o (a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia?** ____+____+____+____+____ = __ __ __ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN	*MINCAM* ___ ___ ___
A68) **A que passo foram estas caminhadas?** (1) **com um passo que lhe fez respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração;** (3) **com um passo que lhe fez respirar um pouco mais forte que o normal, suar um pouco ou aumentar um pouco seus batimentos do coração;** (5) **com um passo que não provocou grande mudança da sua respiração, o (a) Sr.(a) quase não suou e seus batimentos do coração ficaram quase normais;** (8) NSA (9) IGN	*PASSO* __
AGORA PENSE EM OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA	
A69) **Desde** <*dia da semana passada*>**, quantos dias o (a) Sr.(a) fez atividades fortes, que lhe fizeram suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos?** Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, etc. __ dias (0) nenhum → *Pule para a pergunta A71* (9) IGN	*FORDIA* ___
A70) **Nos dias em que o (a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia?** ____+____+____+____+____ = __ __ __ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN	*FORTE* ___ ___ ___
A71) **Desde** <*dia da semana passada*> **quantos dias o (a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram o(a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos?** Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. __ dias (0) nenhum → *Pule para a pergunta A73*	*MEDIA* __
A72) **Nos dias que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia?** ____+____+____+____+____ = __ __ __ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN	*MEDTE* ___ ___ ___

9A

A73) **De cinco anos para cá, o(a) Sr.(a) considera que sua prática de atividades físicas, exercícios ou esportes:** (1) **Aumentou** (2) **Diminuiu** (3) **Permaneceu a mesma** (9) IGN	*COMPA* ___
ATENÇÃO: SE O INDIVÍDUO TIVER MENOS DE 40 ANOS, PULE PARA A PERGUNTA A84. **AGORA VAMOS FALAR SOBRE DOR NO PEITO.**	
A74) **Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu dor ou desconforto no peito?** (0) Não → *Pule para a pergunta A82* (1) Sim (8) NSA (9) IGN → *Pule para a pergunta A82*	*LROSE1* ___
A75) **Esta dor ou desconforto aparece quando o(a) Sr.(a) caminha rápido ou sobe uma escada?** (0) Não → *Pule para a pergunta A82* (1) Sim (8) NSA → *Pule para a pergunta A82* (9) IGN → *Pule para a pergunta A82*	*LROSE2* ___
A76) **Esta dor ou desconforto aparece quando o(a) Sr.(a) caminha devagar em terreno plano?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*LROSE3*___
A77) **O que o(a) Sr.(a) faz se esta dor ou este desconforto aparece quando caminha?** (0) **Continua assim mesmo** → *Pule para a pergunta A81* (1) **Pára ou diminui o ritmo** (8) NSA (9) IGN → *Pule para a pergunta A81*	*LROSE4* ___
A78) **Se o (a) Sr.(a) parar de caminhar o que acontece: esta dor ou desconforto alivia?** (0) Não → *Pule para a pergunta A81* (1) Sim (8) NSA (9) IGN → *Pule para a pergunta A81*	*LROSE5* ___
A79) **Quanto tempo leva para aliviar esta dor ou este desconforto?** (0) **Mais de 10 minutos** → *Pule para a pergunta A81* (1) **Menos de 10 minutos** (8) NSA (9) IGN → *Pule para a pergunta A81*	*LROSE6* ___
A80) **Por favor, olhe esta figura e mostre onde se localiza essa dor ou desconforto?** Direita Esquerda 2 3 4 5 6 2 7 8 9 6 *Anote o(s) quadrante(s) referido(s):* ________________ *Foi citado algum dos seguintes quadrantes: 1, 4, 5, 6 ou 8?* (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*LROSE7* ___

10A

A81) **Qual foi a última vez que o(a) Sr.(a) sentiu essa dor ou desconforto?** (0) Menos de 1 ano (1) Mais de 1 ano (8) NSA (9) IGN A82) **Algum médico já disse que o(a) Sr.(a) tem angina?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN A83) **O(a) Sr.(a) toma algum remédio para o coração ou para a angina?** (0) Não (1) Sim → **Qual(is)?**_______________ _______________ (8) NSA (9) IGN	*LTEMP* ___ *LANG* ___ *LMED* ___ *LQUAL* ___
ATENÇÃO: AGORA O QUESTIONÁRIO DEVE SER APLICADO A TODOS OS INDIVÍDUOS.	
→ *Aplique a pergunta A84 apenas se o entrevistado for mulher, com menos de 50 anos de idade.*	
A84) **A Sra. está grávida?** (0) Não (1) Sim → *Pule para a pergunta A90* (8) NSA (9) IGN A85) **Posso medir sua pressão?** (0) Não (1) Sim (8) NSA Primeira medida: HS2 ___ ___ ___ mmHg (888) NSA HD2 ___ ___ ___ mmHg (888) NSA A86) **Algum médico disse que o(a) Sr.(a) tinha pressão alta?** (0) Não → *Pule para a pergunta A89* (1) Sim → **Há quanto tempo:** __ __ **anos** __ __ **meses** (88) NSA (99) IGN (8) NSA (9) IGN→ *Pule para a pergunta A89* A87) **O(a) Sr.(a) está tomando algum remédio para pressão alta?** (0) Não → *Pule para a pergunta A89* (1) Sim (8) NSA (9) IGN A88) **Quais remédios o(a) Sr.(a) está tomando?** *(Pedir para ver as caixas ou receitas).* _______________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes _______________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes _______________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes	*HGRAVIDA*___ *HAS* ___ *HS1* __ __ __ *HD1* __ __ __ *HASREF*___ *HASTEMA* ___ ___ *HASTEMM* ___ ___ *HREMED* ___ *H1*___ ___ *HG1*___ ___ ___ *HV1* ___ ___ *H2*___ ___ *HG2*___ ___ ___ *HV2* ___ ___ *H3*___ ___ *HG3*___ ___ ___ *HV3* ___ ___

11A

_____________________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes _____________________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes _____________________/___ mg **Quantas vezes por dia?** ____ vezes (8) NSA (9) IGN A89) **Seu pai ou sua mãe tem ou tinham pressão alta?** **Pai** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN **Mãe** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*H4*___ ___ *HG4*___ ___ ___ *HV4* ___ ___ *H5*___ ___ *HG5*___ ___ ___ *HV5* ___ ___ *H6*___ ___ *HG6*___ ___ ___ *HV6* ___ ___ *HPAI*___ *HMAE*___
AGORA, FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SEU INTESTINO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES. RESPONDA PENSANDO NO FUNCIONAMENTO <u>NATURAL</u> DO SEU INTESTINO, OU SEJA, SEM O USO DE LAXANTE, CHÁS, OU QUALQUER OUTRA AJUDA.	
A90) **Desde** *<seis meses atrás>*, **quantas vezes por semana o(a) Sr.(a) costuma fazer cocô?** _____ vezes/semana	*PVEZES*___
A91) **Desde** *<seis meses atrás>*, **com que freqüência o(a) Sr.(a) teve que fazer força ou esforço para fazer cocô?** (0) **Nunca ou raramente** (1) **Algumas vezes** (2) **Freqüentemente** (3) **Maior parte das vezes** (4) **Sempre** (9) IGN	*PESFORC*___
A92) **Desde** *<seis meses atrás>*, **com que freqüência o(a) Sr.(a) teve fezes duras, endurecidas ou como se fossem bolinhas?** (0) **Nunca ou raramente** (1) **Algumas vezes** (2) **Freqüentemente** (3) **Maior parte das vezes** (4) **Sempre** (9) IGN	*PENDURE*___
A93) **Desde** *<seis meses atrás>*, **com que freqüência o(a) Sr.(a) teve sensação de evacuação incompleta, ou seja, mesmo após ter feito cocô, permaneceu com vontade?** (0) **Nunca ou raramente** (1) **Algumas vezes** (2) **Freqüentemente** (3) **Maior parte das vezes** (4) **Sempre** (9) IGN	*PEVAINC*___

A94) **Desde** *<seis meses atrás>*, **com que freqüência o(a) Sr.(a) sentiu que as fezes não conseguem passar, que estão trancadas ou presas no ânus?** (0) **Nunca ou raramente** (1) **Algumas vezes** (2) **Freqüentemente** (3) **Maior parte das vezes** (4) **Sempre** (9) IGN	*PBLOQRET*___
A95) **Desde** *<seis meses atrás>*, **com que freqüência o(a) Sr.(a) teve que usar o dedo para ajudar na saída das fezes?** (0) **Nunca ou raramente** (1) **Algumas vezes** (2) **Freqüentemente** (3) **Maior parte das vezes** (4) **Sempre** (9) IGN	*PMANOM*___
A96) **O(a) Sr.(a) faz alguma coisa para ajudar o seu intestino funcionar?** (0) Não → P*ule para a pergunta A98* (1) Sim (9) IGN	*PAJUD*___
A97) **O que o(a) Sr.(a) faz?**	
Toma laxante (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJLAX*___
Usa supositório (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJSUP*___
Come algum tipo de fruta ou vegetal (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJFRUT*___
Toma algum líquido (água, chá) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJLIQ*___
Consome iogurte/cereais (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJIOG*___
Pratico algum tipo de atividade física (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJAF*___
Outros _______________ *(Anotar)* (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*PAJOUT*___
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, ESPORTES OU EXERCÍCIOS FÍSICOS	
A98) **Em relação a** *<mês do ano passado>* **o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está:** (1) **Menor** (2) **Igual** → *Pule para a pergunta A100* (3) **Maior** (9) IGN → *Pule para a pergunta A100*	*MAFPAS* ___
A99) **Qual o <u>principal</u> motivo da mudança na sua prática de atividade física ou exercício físico?** ____ ____ (88) NSA (99) IGN	*MMOTIV* ___ ___
A100) **Desde** *<mês do ano passado>* **o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica?** (0) Não → *Pule para a pergunta A107* (1) Sim (9) IGN → *Pule para a pergunta A107*	*MRECEB* ___

13A

<table>
<tr><th colspan="2">AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A ÚLTIMA ORIENTAÇÃO RECEBIDA
PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA</th></tr>
<tr><td>A101) Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação?
(01) Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde
(02) Ambulatório público (SUS ou faculdade)
(03) Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa
(04) Consultório particular/plano de saúde
(05) Academia
(06) Meios de comunicação (jornal, revista, internet, rádio, televisão)
(07) Outro___________________________
(88) NSA
(99) IGN</td><td>MONREC ___ ___</td></tr>
<tr><td>A102) Quem lhe orientou?
(01) Médico(a)
(02) Professor(a) de Educação física
(03) Nutricionista
(04) Fisioterapeuta
(05) Enfermeiro(a)
(06) Outro ___________________________
(88) NSA
(99) IGN</td><td>MQUEMOR ___ ___</td></tr>
<tr><td>A103) Qual atividade física foi orientada?
(01) Caminhada
(02) Corrida
(03) Hidroginástica
(04) Natação
(06) Outro ___________________________
(88) NSA
(99) IGN</td><td>MQAFOR ___ ___</td></tr>
<tr><td>A104) O(a) Sr.(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a atividade física deveria ser feita?
(0) Não
(1) Sim
(8) NSA
(9)IGN</td><td>MORVEZ ___</td></tr>
<tr><td>A105) O(a) Sr(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a atividade física deveria ter?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</td><td>MORTEMP ___</td></tr>
<tr><td>A106) Depois das orientações recebidas, sua atividade física:
(1) Aumentou
(2) Diminuiu
(3) Não mudou
(8) NSA
(9) IGN</td><td>MMUD ___</td></tr>
</table>

14A

AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER APLICADAS APENAS AOS INDIVÍDUOS ENTRE 20 E 69 ANOS DE IDADE	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE SERVIÇO MÉDICO.	
A107) **Desde <*mês*> do ano passado, o(a) Sr.(a) baixou em algum hospital?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*GHOSP* ___
A108) **Desde <*mês*> do ano passado, quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico?** *(Caso a resposta seja 0 pule para a pergunta A116)* ___ ___vezes (88) NSA (99) IGN	*GCONA*___ ___ *GCON3*___ ___
A109) **Desde <*três meses atrás*> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico?** *(Caso o indivíduo responda 0, pule para pergunta A113)* ___ ___vezes (88) NSA (99) IGN	
A110) **Onde o(a) Sr.(a) consultou a última vez?** (01) Posto de saúde → **Do seu bairro?** (0) Não (1) Sim (8)NSA (02) Pronto socorro (03) Médico particular (04) Ambulatório de hospital (05) Ambulatório de faculdade (06) Ambulatório de sindicato ou empresa (07) Policlínica médica medicina de grupo (10) Ambulatório do INSS (11) Médico conveniado (12) Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS) (13) Centro de especialidades (14) Outro________________________ (88) NSA (99) IGN	*GLOC*___ ___ *GBAI* ___
→ *Se o indivíduo não responder Posto de Saúde, pule para a pergunta A112*	
A111) **Agora eu vou lhe mostrar umas fotos. O(a) Sr.(a) poderia me apontar qual o posto em que consultou na última vez?** Foto Número___ ___ (88) NSA (99) IGN	*GFOTO*___ ___
A112) **Por qual motivo o(a) Sr.(a) consultou a última vez?** _____________________ ____ (88) NSA (99) IGN	*GMOTC*__ __
A113) **Quando o(a) Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o(a) Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes?** (0) Não → *Pule para a pergunta A115* (1) Sim (8) NSA (9)IGN → *Pule para a pergunta A115*	*GMEDD*___
A114) **Há quanto tempo o(a) Sr.(a) consulta com esse médico?** ___ ___ anos___ ___ meses (88) NSA (99) IGN	*GMEDTA*__ __ *GMEDTM*__ __

15A

A115) **O(a) Sr.(a) teve algum problema de saúde desde** <*três meses atrás*> **até hoje, que lhe impediu de fazer as coisas do seu dia-a-dia, como ir à aula, trabalhar ou sair de casa?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN	*GDINAT___*
→*Após esta pergunta, pule para a pergunta A117.*	
A116) **Qual o <u>principal</u> motivo do(a) Sr.(a) não ter consultado com médico neste período?** (00) Não precisou (01) Não tinha vaga/ficha (02) Não tinha médico (03) Não teve tempo (04) O local onde consulta estava fechado na hora em que precisou (05) O local onde consulta é longe de casa (06) Não tinha dinheiro (07) Não tinha quem levasse à consulta (10) Outro________________________ (88) NSA (99) IGN	*GMOTNC__ __*
ATENÇÃO: AGORA O QUESTIONÁRIO DEVE SER APLICADO A <u>TODOS OS INDIVÍDUOS</u>.	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTA PARA OS OLHOS.	
A117) **Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) consultou para os olhos, seja com o especialista de olhos, seja com outro profissional de saúde (médico, técnico), <u>excluindo</u> os exames para fazer ou renovar carteira de motorista?** (0) Nunca consultou → *Pule para a pergunta A121* (1) Consultou há menos de 1 ano (2) Consultou entre 1 e 5 anos atrás (3) Consultou há mais de 5 anos (9) Consultou, mas não lembra há quanto tempo	*OCONSUL ___*
A118) **Onde o(a) Sr.(a) consultou para os olhos na última vez?** (01) Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel (Campus Saúde) ou Olivé Leite (Postão) (02) Ambulatório de Hospital pelo convênio ou plano de saúde (03) Ambulatório de Hospital setor público (SUS) (04) Pronto atendimento do convênio ou plano de saúde (05) Pronto atendimento particular (06) Pronto-Socorro ou Pronto atendimento público (07) Consultório Médico por convênio ou plano de saúde (10) Consultório Médico particular (11) Consultório Médico setor público (SUS) (12) Óptica (13) Ambulatório do Sindicato ou da empresa (SEST-SENAT) (14) Posto de saúde (15) Outro, qual? ___________________________________ (88) NSA (99) IGN	*OLOCAL___ ___*

16A

A119) **Quanto tempo o Sr(a) levou para conseguir consultar?** __ __ meses __ __ dias (88) NSA (99) IGN	*OTEMPOM* ___ ___ *OTEMPOD* ___ ___
A120) **Qual o principal motivo da sua última consulta para os olhos?** (01) Porque não estava enxergando bem / para revisão de óculos / para ver se estava precisando de óculos (02) Porque sentia dor / coceira / sensação de areia nos olhos / lacrimejamento / olho vermelho / pálpebra colada (03) Porque sentia dor de cabeça (04) Por motivos burocráticos (atestado de saúde) (05) Porque machucou o(s) olho(s) / bateu o(s) olho(s) / caiu alguma coisa dentro do(s) olho(s) (06) Para acompanhamento por ter pressão alta / diabetes / pressão alta nos olhos (glaucoma) / toxoplasmose (doença do gato) / por ter feito algum tipo de cirurgia nos olhos. (07) Outro ______________________________ (88) NSA	*OMOTIVO*___ ___
Alguma vez um médico disse que o(a) Sr(a) tinha: A121) **Diabetes** (0) Não (1) Sim (9) IGN A122) **Pressão alta nos olhos (glaucoma)** (0) Não (1) Sim (9) IGN A123) **Catarata** (0) Não (1) Sim (9) IGN A124) **Toxoplasmose (doença do gato)** (0) Não (1) Sim (9) IGN	 *ODIABET*___ *OGLAUCO*___ *OCATARA*___ *OTOXOPL* ___
A125) **O(a) Sr.(a) usa óculos ou lente de contato?** (0) Não → *Pule para a pergunta A128* (1) Sim → **Há quanto tempo?** __ __anos (99) IGN	*OCORREC*___ *OTEMUSO*___ ___
AGORA VAMOS FALAR DOS ÓCULOS OU LENTES QUE O(A) SR.(A) ESTÁ USANDO ATUALMENTE.	
A126) **Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	*ORECEIT*___
A127) **Como o Sr.(a) conseguiu a armação e as lentes do seu óculos?** (01) Comprou tudo em óptica (loja especializada) (02) Comprou tudo nos camelôs (03) Possuía a armação dos óculos antigos e comprou as lentes na óptica (04) Comprou a armação nos camelôs e comprou as lentes na óptica (05) Comprou no consultório médico (06) Ganhou a armação (07) Ganhou armação e as lentes (10) Conseguiu emprestado (11) Outro________________________________ (88) NSA	*OCONSEG*___ ___
A128) **Nos últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) achou que precisava consultar para os olhos, mas por algum motivo não consultou?** (0) Não precisou ou não deixou de ir consultar → *Pule para a pergunta A130* (1) Deixou de consultar	*ODEIXOU*___

17A

A129) **Qual o principal motivo ter deixado de consultar para os olhos?**
(01) Dificuldade de marcar consulta
(02) Falta de dinheiro para a consulta, para comprar os óculos, para transporte ou outros
(03) Falta de tempo
(04) Não ter alguém que leve à consulta
(05) Achar que não adiantava consultar
(06) Achar que o problema não era importante
(07) Sentir medo
(10) Ter sido orientado(a) por outra(s) pessoa(s) a fazer outra coisa
(11) Não saber onde procurar ajuda
(12) Estar esperando chamarem para a consulta
(13) Outro____
(88) NSA
(99) IGN

OMOTDEI ___ ___

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS CONSULTAS COM O DENTISTA.

A130) **Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista**:
(1) **Eu nunca vou ao dentista**
(2) **Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva.**
(3) **Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não.**
(4) **Eu vou ao dentista de maneira regular.**

SDESFE ___

A131) **Consulta de rotina é quando o(a) Sr.(a) procura um dentista para saber se está tudo bem com seus dentes e gengivas, sem estar com dor ou com algum problema que lhe incomoda muito. Nesse último ano, isto é, desde** *<mês do ano passado>* **até hoje, o(a) Sr.(a) fez alguma consulta de rotina?**
(0) Não (1) Sim (9) IGN

SREV ___

A132) **Quando foi sua última consulta com o dentista?**
(1) Nunca foi ao dentista → *Pule para a pergunta A136*
(2) Há menos de 1 ano
(3) Entre 1 e 2 anos atrás
(4) Entre 2 e 3 anos atrás
(5) Há mais de 3 anos
(9) IGN

SCONS ___

A133) **Qual foi o <u>principal</u> motivo desta consulta?**
(00) Consulta de rotina/manutenção/aparelho
(01) Dor
(02) Sangramento ou inflamação na gengiva
(03) Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturação
(04) Ferida, caroço ou manchas na boca
(05) Rosto inchado
(06) Tratamento de canal
(07) Extrações/arrancar o dente
(10) Outros____________________
(88) NSA
(99) IGN

SMOTIV ___ ___

A134) **Quando o(a) Sr.(a) necessita ir ao dentista, qual é o serviço que o(a) Sr.(a) procura primeiro?** (1) **Público** (2) **Particular** (3) **Convênio** (4) **Outro** _____________ (8) NSA	*STIPO* ___
A135) **O(a) Sr.(a) já recebeu orientação do dentista de como fazer para evitar problemas nos seus dentes e gengivas ?** (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	*SPREV* ___
A136) **Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca?** (1) **ótima** (2) **boa** (3) **regular** (4) **ruim** (5) **péssima**	*SSAUDEB* ___
A137) **O(a) Sr.(a) acha que precisa ir ao dentista nas próximas semanas?** (1) **Sim, para fazer uma revisão** (2) **Não, está tudo bem com meus dentes** (3) **Sim, estou com dor ou tenho algum problema para resolver** (4) **Não, eu tenho um problema mas ele pode esperar** (9) IGN	*SNEC* ___
Agora eu vou ler três frases e o(a) Sr.(a) vai me dizer se concorda, não concorda ou não sabe. A138) **Os dentistas recomendam mais tratamento do que na verdade o(a) Sr.(a) precisa.** **(0) Concorda** **(1) Não concorda** **(9) Não sabe**	*STRAT* ___
A139) **Salvar um dente da frente é mais importante do que salvar um dente de trás.** **(0) Concorda** **(1) Não concorda** **(9) Não sabe**	*SIMPORT* ___
A140) **Todo mundo perde os dentes com o passar da idade.** **(0) Concorda** **(1) Não concorda** **(9) Não sabe**	*SEDENT* ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE A PROCURA POR ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.	
A141) **Desde** *<mês do ano passado>* **o(a) Sr.(a) procurou, buscou orientação para a prática de atividade física, esportes, exercícios físicos ou ginástica?** (0) Não → *Pule para a pergunta A143* (1) Sim (9) IGN → *Pule para a pergunta A143*	*MPROCOR* ___
A142) Se sim: **Onde?** (01) **Meios de comunicação (jornal, revista, televisão, internet, rádio)** (02) **Serviço de saúde** (03) **Academia** (04) **Trabalho** (05) **Outro** ______________________ (88) NSA (99) IGN	*MONDPROC* ___ ___

19A

<table>
<tr><th colspan="3">AGORA VAMOS FALAR SOBRE VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA O(A) SR.(A)
AQUI EM <u>PELOTAS</u></th></tr>
<tr><td colspan="2">A143) Desde <<i>mês</i>> do ano de 2002, alguém lhe roubou algum objeto de valor na rua ou entrou na sua casa e roubou algo ou lhe agrediu fisicamente?
(0) Não → <i>Pule para a pergunta A154</i>
(1) Sim
(9) IGN → <i>Pule para a pergunta A154</i></td><td><i>RVIO5</i> ___</td></tr>
<tr><th colspan="3">EU VOU LER ALGUNS TIPOS DE VIOLÊNCIA E GOSTARIA DE SABER DE QUAL DELAS O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS EM PELOTAS, OU SEJA, DESDE <<i>mês</i>> DE 2002.</th></tr>
<tr><td>A144) Considere que roubo à residência é quando alguém entra na casa ou no pátio e rouba alguma coisa. O(a) Sr.(a) teve sua casa roubada?
(0) Não → Pule para a pergunta A146
(1) Sim → Se sim, Quantas vezes? __ __ vezes (88)NSA
(99) IGN</td><td>A145) Quantos desses roubos à casa ocorreram desde <<i>mês</i>> de 2006?
__ __ roubo à casa
(88)NSA
(99) IGN</td><td><i>RRCASA</i> ___
<i>RQRCAS</i> ___ ___
<i>RRCANO</i> ___ ___</td></tr>
<tr><td>A146) Considere que furto é quando alguém rouba alguma coisa da gente <u>sem</u> ameaça ou violência. O(a) Sr.(a) foi furtado(a)?
(0) Não → Pule para a pergunta A148
(1) Sim → Se sim, Quantas vezes? __ __ vezes (88)NSA
(99) IGN</td><td>A147) Quantos desses furtos ocorreram desde <<i>mês</i>> de 2006 até hoje?
__ __ furtos
(88) NSA
(99) IGN</td><td><i>RFURTO</i> ___
<i>RQFURT</i> ___ ___
<i>RQFANO</i> ___ ___</td></tr>
<tr><td>A148) Considere que roubo é quando alguém rouba alguma coisa da gente, <u>com</u> ameaça ou violência. O(a) Sr.(a) foi roubado(a)?
(0) Não → Pule para a pergunta A150
(1) Sim → Se sim, Quantas vezes? __ __ vezes (88)NSA
(99) IGN</td><td>A149) Quantos desses roubos ocorreram desde <<i>mês</i>> de 2006?
__ __ roubos
(88) NSA
(99) IGN</td><td><i>RROUBO</i> ___
<i>RQROUB</i> ___ ___
<i>RQRANO</i> ___ ___</td></tr>
<tr><td>A150) Considere que agressão é quando alguém é agredido fisicamente por uma pessoa. Nos importa saber das agressões que <u>não</u> foram cometidas por algum familiar. O(a) Sr.(a) foi agredido(a)?
(0) Não → Pule para a pergunta A152
(1) Sim → se sim, Quantas vezes? __ __ vezes (88) NSA
(99) IGN</td><td>A151) Quantas dessas agressões ocorreram desde <<i>mês</i>> de 2006?
__ __ agressões
(88) NSA
(99) IGN</td><td><i>RAGRES</i> ___
<i>RQAGRE</i> ___ ___
<i>RQAANO</i> ___ ___</td></tr>
<tr><th colspan="3">AGORA EU GOSTARIA DE SABER SE O(A) SR.(A) DEU QUEIXA NA POLÍCIA DE ALGUM DESSES TIPOS DE VIOLÊNCIAS DE QUE O(A) SR.(A) FOI VÍTIMA.</th></tr>
<tr><td colspan="2">A152) Peço que o(a) Sr.(a) diga para qual delas foi feita a queixa na polícia....

( ) 1° Roubo à residência (0) Não (1) Sim (8) NSA
( ) 2° Roubo à residência (0) Não (1) Sim (8) NSA
( ) 3° Roubo à residência (0) Não (1) Sim (8) NSA
( ) 4° Roubo à residência (0) Não (1) Sim (8) NSA</td><td>

RRRE1 ___
RRRE2 ___
RRRE3 ___
RRRE4 ___</td></tr>
</table>

20A

( ) 1° Furto	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RFUR1 ____*
( ) 2° Furto	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RFUR2 ____*
( ) 3° Furto	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RFUR3 ____*
( ) 4° Furto	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RFUR4 ____*
( ) 1° Roubo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RROU1 ____*
( ) 2° Roubo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RROU2 ____*
( ) 3° Roubo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RROU3 ____*
( ) 4° Roubo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RROU4 ____*
( ) 1° Agressão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RAGR1 ____*
( ) 2° Agressão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RAGR2 ____*
( ) 3° Agressão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RAGR3 ____*
( ) 4° Agressão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*RAGR4 ____*

→ *Se deu queixa de todas as violências sofridas, pule para a pergunta A154.*

A153) **Qual foi o principal motivo para que o(a) Sr.(a) não desse queixa na polícia?** — *RNAOQ ___ ___*
(01) Porque não adianta, a polícia não faz nada, "só ia me incomodar"
(02) Porque não confia na polícia – não são honestos
(03) Porque procurou resolver de outra forma
(04) Porque não era um objeto de valor
(05) Por que alguém aconselhou a não fazer
(06) Porque tem medo de retaliação, conhece quem cometeu a violência
(07) Outra, qual: ____________________________
(88) NSA

A154) **O(a) Sr.(a) está trabalhando atualmente?** — *FEMPR ___*
(0) Não → **Desempregado** há ___ ___ anos ___ ___ meses (88) NSA (99) IGN — *FDESEMA ___ ___* *FDESEMM ___ ___*
(1) Sim
(2) Aposentado
(3) Encostado
(4) Estudante
(5) Dona de casa
(6) Outro ____
(9) IGN

AGORA VAMOS FALAR SOBRE RELIGIÃO

A155) **O(a) Sr.(a) se considera...** — *FRELCREN ___*
(0) **Muito religioso(a)**
(1) **Mais ou menos religioso(a)**
(2) **Pouco religioso(a)**
(3) **Nada religioso(a)**
(9) IGN

A156) **O(A) Sr.(a) tem alguma religião?** — *FRELTER ___*
(0) Não → Pule para a pergunta A158
(1) Sim
(9) IGN

21A

A157) **Qual?** (01) Católica (02) Evangélica (03) Espírita (04) Afro-brasileira (05) Testemunha de Jeová (06) Outros ___________________ (88) NSA (99) IGN A158) **Nos últimos 30 dias o Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa?** (0) Não (1) Sim (9) IGN **Quantas vezes?** __ __ (88) NSA (99) IGN	*FRELQUAL* ___ ___ *FRELPRA*___ *FRELQTDE* ___ ___
AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE FREQÜENCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE O(A) SR.(A) CONSOME.	
A159) **Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool?** (0) Não → *Pule para a pergunta A162* (1) Sim (9) IGN A160) **Durante os últimos 30 dias, em quantos dias por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr(a) consumiu bebidas alcoólicas?** __ __ Dias por semana __ __ Dias por mês (88) NSA (99) IGN	*FALC* ___ *FALCDSEM* ___ ___ *FALCDMES* ___ ___
CONSIDERAMOS QUE UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA É IGUAL A UMA LATA DE CERVEJA, OU UMA TAÇA DE VINHO, OU UM DRINQUE OU COQUETEL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU DE UÍSQUE.	
A161) **Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia?** __ __ Doses por dia (88) NSA (99) IGN	*FALCQTD* ___ ___
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA.	
A162) **O(a) Sr.(a) acha que fazer atividade física é importante para a saúde?** (0) Não (1) Sim (9) IGN A163) **Posso medir sua pressão novamente?** *(Se a pressão não foi medida antes, encerre o questionário).* (0) Não (1) Sim (8) NSA Segunda medida: HS2 ___ ___ ___ mmHg (888) NSA HD2 ___ ___ ___ mmHg (888) NSA Média: HSM ___ ___ ___ mmHg (888) NSA HDM ___ ___ ___ mmHg (888) NSA	*DAFIMP* ___ *HNOV* ___ *HS2* ___ ___ ___ *HD2* ___ ___ ___ *HSM* ___ ___ ___ *HDM* ___ ___ ___
→ Não esquecer de entregar o cartão com a última medida da pressão arterial!	

22A

Anexo 2

Questionário bloco domiciliar

BLOCO B: DOMICILIAR ***# Este bloco deve ser aplicado a apenas 1 morador do domicílio, de preferência, a dona de casa.***	**ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**
Número do setor ___ ___ ___ Número da família ___ ___ Número da pessoa ___ ___ Entrevistadora: ______________________________	*BSET* ___ ___ *BFAM* ___ ___ *BPES* ___ ___ *BENT* ___ ___
B1) **O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?** (0) Não (1) Sim → **Qual o número?** ____________________	*BFONE* ___
B2) **Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)?** (0) Não (1) Sim → **Qual o número?** ____________________	*BCEL* ___
AGORA, VOU LER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM SUA CASA, NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, DE <*MÊS*> DE 2006 ATÉ <*MÊS* > DE 2007. AS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS, MAS É IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) RESPONDA CADA UMA DELAS.	
B3) **Alguma vez terminou a comida da casa e o(a) Sr.(a) não tinha dinheiro para comprar mais?** (0) Não (1) Sim (9)IGN	*JFCOM* ___
B4) **O(A) Sr.(a) pode oferecer uma alimentação variada, com feijão, arroz, carne, saladas e frutas para sua família?** (0) Não (1) Sim (9)IGN	*JVAR* ___
B5) **O(A) Sr.(a) ou alguma pessoa na sua casa teve que diminuir a quantidade de comida ou não fazer alguma refeição por falta de dinheiro?** (0) Não (1) Sim → **Em quantos meses isso aconteceu**? ___ ___ meses (9)IGN	*JPUL* ___ *JMES* ___ ___
B6) **O(A) Sr.(a) comeu menos do que gostaria porque não tinha dinheiro?** (0) Não (1) Sim (9)IGN	*JMEN* ___
B7) **O(A) Sr.(a) sentiu fome, mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar mais comida?** (0) Não (1) Sim (9)IGN	*JFOM* ___

1B

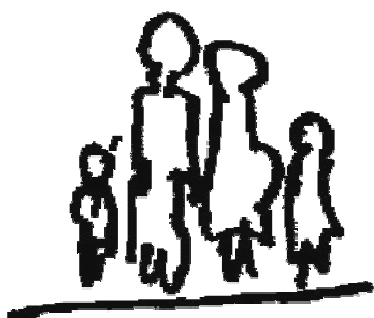
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQÜILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
Sobre aparelhos que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem:	
B8) **Aspirador de pó?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BASP* ___
B9) **Máquina de lavar roupa?** (0) Não (1) Sim (9) IGN *(não considerar tanquinho)*	*BLAV* ___
B10) **Videocassete ou DVD?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BDVD* ___
B11) **Geladeira?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BGELA* ___
B12) **Freezer ou geladeira duplex?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BFREE* ___
B13) **Forno de microondas?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BMOND* ___
B14) **Microcomputador?** (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BCPU* ___
B15) **Telefone fixo?** *(convencional)* (0) Não (1) Sim (9) IGN	*BTELSN* ___
Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos?	
B16) **Rádio** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	*BRAD* ___
B17) **Televisão preto e branco** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	*BTVPB* ___
B18) **Televisão colorida** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN	*BTVCOL* ___
B19) **Automóvel** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN *(somente de uso particular)*	*BAUTO* ___
B20) **Aparelho de ar condicionado** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN *(se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)*	*BARCON* ___
B21) **Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos?** (0) Não (1) Um (2) Dois ou mais (9) IGN	*BEMPR* ___
B22) **Quantas pessoas moram nessa casa?** ___ ___ pessoas (99) IGN	*BMOR* ___ ___
B23) **Quantas peças são usadas para dormir?** ___ ___ peças (99) IGN	*BDORME* ___ ___
B24) **Quantos banheiros existem na casa?** *(considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira).* ___ ___ banheiros (99) IGN	*BANHO* ___ ___

2B

B25) **Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa?** (1) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) nível superior completo (9) IGN	*BESCCH* ___
B26) **No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria?** Pessoa 1: R$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 2: R$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 3: R$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 4: R$ __ __ __ __ __ por mês Pessoa 5: R$ __ __ __ __ __ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN	*BRF1*__ __ __ __ __ *BRF2* __ __ __ __ __ *BRF3* __ __ __ __ __ *BRF4* __ __ __ __ __ *BRF5* __ __ __ __ __
B27) **A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima?** (0) Não (1) Sim → **Quanto?** R$__ __ __ __ __ por mês (88888) NSA (99999) IGN	*BREOU* __ *BRE* __ __ __ __ __

3B

Anexo 3

Manual de Instruções

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Manual de Instruções

Mestrado em Epidemiologia 2007 – 2008

Outubro de 2007

ÍNDICE

1. MESTRANDOS

NOME	TELEFONE	E-MAIL
Alan Goularte Knuth	53-3228-5680 53-9107-0981	alan_knuth@yahoo.com.br
Alethea Zago	53-3227-9427 53-9162-6290 53-3225-1590 53-3284-4900	aletheazago@yahoo.com.br
Diogo Luis Scalco	51-3207-7133 51-9327-0111	dscalco@gmail.com
Giovâni Firpo Del Duca	53-3225-6129 53-8111-6561	giovanibage@terra.com.br
Gisele Alsina Nader	53-3273-4909 51-8183-9297	gnader@terra.com.br
Janaína Vieira dos Santos	53-3321-4771 53-8115-2736	janavieira@terra.com.br
Leonardo Alves	53-9971-1035	leoalves@cardiol.br
Maria Aurora Dropa Chrestani Cesar	53-3026-2402 53-8411-4697 53-3228-1227	machrestani@uol.com.br
Maria Beatriz Junqueira de Camargo	53-3223-2974 53-9153-9498 53-3222-6690	mbiajac@uol.com.br
Suele Manjourany Silva	53-3278-3138 53-8402-8934	sumanjou@yahoo.com.br
Suélen Henrique da Cruz	53-3027-4953 53-8111-0517	suhcruz@hotmail.com
Vanessa Louise Collete	53-3273-5558 53-9911-0404	vacollete@yahoo.com.br
Vera R Lopes da Silva	53-3227-2131 53-8111-2456	veralopess@yahoo.com.br
Victor Delpizzo Castagno	53-3223-0555 53-9983-1085	vicastagno@viacabo.com.br

2. DIRETÓRIO DE TELEFONES

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Rua Marechal Deodoro, 1160 – 3º piso
Caixa Postal 464 / 96020-220 - Pelotas, RS
Fone/Fax: (53) 3284-1300
Contato: Graciela Harras Krüger / gracikruger@hotmail.com

3. ESCALA DE PLANTÕES DOS MESTRANDOS

O QG Central funciona de segunda a sexta-feira das 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs, com um plantão permanente, caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema ou dúvida durante o trabalho de campo e não consiga localizar seu supervisor(a). Aos finais de semana haverá um plantão telefônico, que poderá ser acessado.

3.1. ESCALA DE PLANTÕES

Outubro						
segunda	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**	**Sáb**	**Dom**
15	16	17	18	19	20	21
Leonardo Vanessa	Janaína Beatriz	Vera Gisele	Suelen Giovâni	Aurora Alan	Leonardo Vanessa	
22	23	24	25	26	27	28
Leonardo Diogo	Alethea Diogo	Alan Gisele	Victor Suele	Janaína Giovâni	Alethea Beatriz	
29	30	31				
Leonardo Vanessa	Alethea Beatriz	Vera Alan				

Novembro						
Segunda	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**	**Sáb**	**Dom**
			1	2	3	4
			Giovâni Suelen	Aurora Suele	Vera Gisele	
5	6	7	8	9	10	11
Leonardo Vanessa	Alethea Giovâni	Vera Suele	Janaína Suelen	Aurora Victor	Suelen Giovâni	
12	13	14	15	16	17	18
Alan Vanessa	Suele Beatriz	Vera Gisele	Victor Janaína	Aurora Suélen	Aurora Alan	
19	20	21	22	23	24	25
Leonardo Vanessa	Alethea Beatriz	Suelen Gisele	Victor Suele	Janaína Alan	Giovâni Janaína	
26	27	28	29	30		
Diogo Janaína	Alethea Diogo	Vera Diogo	Victor Suelen	Aurora Giovâni		

Dezembro						
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sáb	Dom
					1	2
					Suelen Victor	
3	4	5	6	7	8	9
Giovâni Vanessa	Alethea Beatriz	Vera Gisele	Victor Alan	Aurora Suele	Leonardo Vanessa	
10	11	12	13	14	15	16
Leonardo Diogo	Diogo Beatriz	Vera Gisele	Victor Suele	Aurora Janaína	Alethea Beatriz	
17	18	19	20	21	22	23
Leonardo Vanessa	Alethea Beatriz	Giovâni Gisele	Alan Suele	Victor Suelen	Vera Gisele	

3.2. REUNIÕES COM SUPERVISOR DE CAMPO

Cada entrevistador deverá participar de uma reunião semanal com seu supervisor, onde deverão entregar todos os questionários completos, solicitar mais material, resolver dúvidas e problemas que tenham surgido durante a semana anterior e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo. Os horários de reunião e a freqüência de encontros serão definidos pelos supervisores de campo.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS

4.1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá e carteira de identidade;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- consentimento informado;
- aparelho para a medida da pressão arterial;
- cartão para anotar a medida da pressão arterial;
- manual de instruções;
- questionários;
- lápis, borracha e apontador.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 20 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores dos domicílios e setores sorteados.

4.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 20 anos e/ou que não residirem no domicílio sorteado como, por exemplo, empregada doméstica; ou, pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista. No caso de duvida se o entrevistado deve responder ou não o questionário, faça a entrevista, mesmo que a informação seja fornecida por outra pessoa, anote o problema no questionario e comunique o problema para o seu supervisor.

- Na planilha do domicílio, colete todas informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas surdas-mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas de frente para a pessoa para que ela possa ler os seus lábios e, depois, peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

4.4. DEFINIÇÕES

4.4.1. FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia). Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

4.4.2. DOMICÍLIO: é definido quando as pessoas fazem todas as suas refeições juntas. Por exemplo: quando há várias casas em um terreno. Se todas as pessoas que moram neste terreno alimentam-se em uma só casa, então todas estas casas serão consideradas como um só domicílio. Casas onde moram estudantes devem ser consideradas como famílias.

Nas pensões, considera-se os donos da casa, mas não os inquilinos (pensionistas).

4.4.3. MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados, mas não serão entrevistados.

5. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

5.1. RECONHECIMENTO DO SETOR

Foram sorteados 126 setores para participar do consórcio 2007, sendo cada mestrando responsável por 9 setores. Vinte e nove "batedoras" realizaram o reconhecimento da área. O trabalho consistiu em bater em todas as casas de cada setor e anotar, em formulário apropriado, os domicílios, comércios, casas desabitadas e casas construídas em um mesmo terreno. Cada auxiliar ficou responsável, em média, por quatro setores e os mestrandos realizaram o controle de qualidade.

5.2. SELEÇÃO DOS DOMICÍLIOS A SEREM VISITADOS

Os dados coletados pelo processo de "reconhecimento de setor" foram comparados com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000. Então, todos os domicílios foram numerados e sorteados e o pulo foi determinado para a escolha sucessiva das próximas residências. Os mestrandos visitaram todos os domicílios escolhidos para entregar a carta de apresentação com maiores esclarecimentos sobre a pesquisa do consórcio e agendaram a visita do entrevistador.

5.3. ENTREVISTA

A seguir, serão dadas recomendações que se referem ao **Código de Conduta do Entrevistador.**

• Procure se apresentar de forma simples. Não use roupas inadequadas, como saias curtas, blusas decotadas, roupas muito justas ou transparentes. Se usar óculos escuros, retire-os quando bater no domicílio.

• Não masque chicletes, nem coma ou beba durante a entrevista. Não fume enquanto estiver em contato com o participante do estudo, mesmo que ele ofereça.

• Sempre esteja usando o seu crachá de identificação.

• Seja educado e gentil, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. É muito importante causar uma boa impressão para estas pessoas.

• Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.

• Não se esqueça de levar o material para o trabalho a ser realizado no dia. Sempre tenha um pouco mais de material para prevenir possíveis eventos desfavoráveis.

• Tenha à mão o seu Manual de Instruções e consulte sempre quando necessário, no momento da entrevista. **Não deixe para olhar o manual depois de terminar a entrevista!**

Quando a entrevistadora chegar no domicílio... O que fazer?

1) Quando chegar em frente à casa, deverá bater e aguardar até que alguém apareça para recebê-la;

2) Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa;

3) Caso não tenha ninguém em casa, pergunte pelo menos a dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário de encontrá-lo em casa. A entrevista poderá ser agendada por telefone ou a entrevistadora deverá retornar outro dia no horário fornecido pelo vizinho;

4) Se não tiver nenhuma informação do morador, voltar em horário diferente da primeira visita;

5) Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade Federal de Pelotas e que gostaria de apenas conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada;

6) Mostre a sua carta de apresentação e lembre que o mestrando já esteve neste domicílio e já deixou esta carta ao morador;

7) Caso o morador não lembre onde colocou a carta, forneça uma cópia;

8) Diga a ele que nesta carta está o telefone do Centro de Pesquisa para esclarecer qualquer dúvida;

9) Trate todos os participantes adultos por Sr. ou Sra., sempre demonstrando respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratado de outra forma.

10) Sempre chame o entrevistado pelo nome. Por exemplo: "Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora". Nunca chame de tio, tia, vô ou vó, pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.

11) Em alguns momentos da entrevista, chame o entrevistado pelo nome. É uma forma de ganhar a atenção dele e demonstrar simpatia da sua parte.

12) Leia as perguntas para o entrevistado tal como está escrito. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se ele ainda não entender, recorra à instrução específica da pergunta.

13) **IMPORTANTE: não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas. A sua postura deverá ser sempre neutra!

ENTRE EM CONTATO COM O SEU SUPERVISOR SEMPRE QUE NECESSÁRIO

5.4. RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílios. Porém, **NÃO desistir antes de três tentativas em dias e horários diferentes**, pois, a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra casa.

- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educada e não perca a paciência com o participante.

- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o participante. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário.

- Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

- Em caso de recusa, anote na folha de domicílio e de conglomerado. Passe a informação para seu supervisor.

• **IMPORTANTE:** Quando o entrevistado não responder um questionário por qualquer outro motivo que não seja recusa, este participante não será considerado perda. Por exemplo: pessoa impossibilitada de falar ou que esteja doente no momento da entrevista. Se isto acontecer, sempre anotar na planilha do domicílio o motivo. Fale com o seu supervisor. Lembrar que não haverá substituições!

5.5. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários e formulários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Em especial, o l (um) não tem aba, nem pé (faça um “pauzinho”).

  Faça um cinco bem diferente do nove!

  O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Faça um risco diagonal no bloco que está sendo pulado e siga em frente. ***Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista***.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com o respondente e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o rodapé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- AS INSTRUÇÕES NOS QUESTIONÁRIOS PRECEDIDAS POR UMA SETA E ESCRITAS NOS ESPAÇOS QUE NÃO ESTÃO HACHURADOS (PINTADOS), REPRESENTAM UM PULO.
- AS INSTRUÇÕES ESCRITAS NOS ESPAÇOS QUE ESTÃO HACHURADOS (PINTADOS) SEM SETA E SEM NEGRITO, SERVEM APENAS PARA ORIENTAR A ENTREVISTADORA, NÃO DEVENDO SER LIDAS PARA O ENTREVISTADO.
- TODAS AS FRASES EM **NEGRITO** DEVEM SER LIDAS AO ENTREVISTADO e as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas.
- Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica obtida no manual de instruções), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- Caso a resposta seja “OUTRO(S)”, escrever o que foi respondido no espaço reservado ao lado, segundo as palavras do informante.
- Inicie pelo questionário **Geral**, seguido pelo questionário **Domiciliar**. O questionário domiciliar deve ser aplicado preferencialmente para a dona-de-casa ou o chefe da família.

5.6. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- A numeração do questionário é obtida através do número do setor, seguida pelo número da família, da pessoa e da entrevistadora. Exemplo: no questionário geral o número do setor é o 167, o número da família é 15, o número da pessoa é 01, o domicílio é uma casa a data da entrevista foi em 08/10/2007 e a entrevistadora se chama Maria Lúcia Silva e o seu número é 18. A codificação ficaria assim:

BLOCO A: GERAL *# Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos*	*ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO*
Número do setor 1 6 7 Número da família 1 5 Número da pessoa 0 1 Endereço: Rua José da Silva, 15 (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: 0 8 / 1 0 / 2 0 0 7 Entrevistadora: Maria Lúcia Silva	*ASET* 1 6 7 *AFAM* 1 5 *APESSOA* 0 1 *ATIPOM* 1 *ADE*_ 0 8 / 1 0 / 2 0 0 7 *AENT* 1 8

- **Proceder da mesma forma para todos os questionários.** Olhe o exemplo abaixo: na questão A7, do bloco geral, o participante respondeu sim e isto significa que o código desta alternativa, que é 1, deve ser colocado na coluna da direita de codificação.

A7. O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever? (0) não ↘(1) sim (2) só assina (9) IGN	ASABLER 1

- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.

- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.

- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.

- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

• **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88 ou 888**. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.

• **IGNORADA (IGN) = 9, 99 ou 999**. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta "ignorado"somente em último caso.

6.0. BLOCO A: BLOCO GERAL

ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A TODOS OS ENTREVISTADOS

Número do setor ___ ___ ___ Deverá ser preenchido com o número do setor censitário. Colocar "0" ou "00" na frente do número conforme necessário. Exemplo: setor 1, colocar 001.

Número da família ___ ___ Deverá ser preenchido com o número da família, conforme a folha de conglomerado.

Número da pessoa ___ ___ Colocar o número correspondente à planilha do domicílio.

Endereço: Escrever o endereço completo e marcar (1) se o tipo de moradia for casa e (2) se for apartamento.

Data da entrevista ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___ Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Ex: 05/11/2007.

Entrevistadora ___________________________Completar com o nome completo da entrevistadora e codificar com o respectivo número.

PERGUNTA A1. Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo do entrevistado.

PERGUNTA A2. Qual é a sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre o documento e a idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o entrevistado informar apenas a data de nascimento, anotar na próxima questão e realizar o cálculo da idade somente quando for codificar o questionário.Não faça o cálculo da idade durante a entrevista!

PERGUNTA A3. Qual é sua data de nascimento?

Colocar dia, mês e ano (nesta ordem). Se o(a) entrevistado(a) não souber, peça para ver algum documento. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 06 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967.

PERGUNTA A4. O(A) Sr(a) é o chefe da família?

Se a pessoa perguntar qual é a definição de chefe de família, responder que é quem a pessoa acha que é o chefe, ou seja, quem <u>ela</u> define como chefe de família. Não importa

se cada adulto de uma mesma família se autodefinir como chefe da família quando responder seu questionário.

PERGUNTA A5. Cor da pele

Apenas observe a cor da pele do entrevistado e anote.

PERGUNTA A6. Sexo

Apenas observe o sexo do entrevistado e anote.

PERGUNTA A7. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

Nesta questão a pessoa tem que saber ler e também escrever. Caso saiba somente escrever ou somente ler deve ser marcado a alternativa NÃO.

PERGUNTA A8. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois. Lembrar que o primeiro grau são 8 anos de estudo e o segundo grau são 11 anos de estudo. Se o entrevistado realizou o supletivo para o primeiro grau, contar como 8 anos de estudo. Se fez o supletivo para o segundo grau, então são 11 anos de estudo completo. Se fez o supletivo e foi incompleto, contar até que ano ele conseguiu completar o estudo. Por exemplo: terminou o supletivo do primeiro grau, mas completou apenas o primeiro ano do segundo grau, então ele tem 9 anos de estudo completo. Se o entrevistado fez o Cefet, especificar se foi o segundo grau (3 anos) e o técnico (2 anos). Se o entrevistado tem ensino superior completo, perguntar quantos anos ele precisou estudar para se formar. Por exemplo: o entrevistado diz que completou ensino superior, então você deve perguntar qual curso. Ele diz o curso e você pergunta quantos anos ele precisou estudar para se formar. Se for, por exemplo, 5 anos, então ele tem 16 anos de estudo completo (11 anos + 5 anos). Se o ensino superior for incompleto, perguntar quantos anos o entrevistado completou do curso e somar este valor com 11 anos (que é o primeiro grau completo mais o segundo grau completo). Se a pessoa fez o Mobral, significa 1 ano de estudo.

PERGUNTA A9. Qual a sua situação conjugal atual?

Marque a resposta do entrevistado(a), lendo todas as alternativas.

PERGUNTA A10. Qual é o seu peso atual?

Será anotado o peso referido pelo entrevistado(a), isto é, o peso que ele(a) informar que possui. Se for referido, anotar o peso com uma casa após a vírgula. Exemplo: 73,5 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção “ignorado”.

PERGUNTA A11. Qual é a sua altura?

Será anotada a altura informada pelo entrevistado. No caso do entrevistado não saber informar sua altura, marque a opção “ignorado”. Anotar em centímetros, por exemplo: o entrevistado diz que tem um metro e setenta e cinco de altura, então você vai anotar 175 cm.

PERGUNTA A12. Qual a sua cor ou raça?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele falar.

PERGUNTA A13. Como o(a) Sr(a) considera sua saúde?

As opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado.
Caso o entrevistado pergunte **COMPARADO COM QUEM?** Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.
Se o entrevistado responder **DEPENDE,** diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente da seguinte forma:
Na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) considera sua saúde:
(1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) regular (5) ruim

PERGUNTA A14. O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma 1 ou mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se nunca fumou, pule para a questão A 17. Se o entrevistado responder que já fumou, mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Por exemplo: o entrevistado parou de fumar há 6 meses, então você deverá anotar 00 anos e 06 meses e codificar em ATPAFUA “00” e ATPAFUM “06”. Não esqueça de codificar a variável AFUMO de acordo com uma das opções (0) (1) ou (2). Se o(a) entrevistado(a) parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (2). Se fumar menos de um cigarro por dia e/ou há menos de um mês, considere como não (0).

PERGUNTA A15. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

Preencher com o número de meses ou anos que fuma ou fumou. Usar “00” em anos e “00” em meses se o entrevistado fuma ou fumou por menos de um mês. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão.

PERGUNTA A16. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão. Se o entrevistado fuma cigarros de palha e não souber dizer quantos cigarros ele consome no dia, anotar quantos pacotes de fumo ele consome no mês e perguntar qual o tamanho do pacote (ele vai responder, de meio quilo, um quilo...). Neste caso, escrever ao lado de "cigarros", pacote de, por exemplo, meio quilo e não codificar.

PERGUNTA A17. O(a) Sr.(a) tem intestino preso ou prisão de ventre?

Nesta questão, queremos saber se o entrevistado considera que tem intestino preso ou prisão de ventre. Esses termos referem-se à mesma coisa, ou seja, dificuldade para evacuar (fazer cocô). Se a resposta for **SIM,** passe para a próxima pergunta. Se a resposta for **NÃO,** pule para a pergunta A19, e marque "NSA" na questão "A18". Se o entrevistado não souber responder, marque IGN (ignorado).

PERGUNTA A18. Nos últimos seis meses o(a) Sr.(a) consultou algum médico ou nutricionista por causa desse problema ?

Esta questão faz referência à pergunta anterior. Queremos saber se o entrevistado procurou ajuda de um médico(a) ou nutricionista por causa da sua prisão de ventre. Caso o indivíduo não saiba a resposta , ou não se lembre, marque IGN (ignorado). Se ele respondeu **NÃO** pergunta anterior, marque "NSA".

PERGUNTA A19. O(A) Sr.(a) já doou sangue alguma vez na vida?

Queremos saber se o entrevistado doou sangue em qualquer momento da sua vida, não importa qual foi o motivo. Se a resposta for "Não", prossiga para a pergunta seguinte. Se a resposta for "Sim", pule para a pergunta A21.

PERGUNTA A20. Qual o principal motivo pelo qual o(a) Sr.(a) nunca doou sangue?

Queremos saber qual foi o principal motivo pelo qual o entrevistado nunca doou sangue. As opções não devem ser lidas, e esta questão será aplicada somente para os que nunca doaram sangue, ou seja, aqueles que responderam "Não" na pergunta anterior. Se a resposta dada pelo entrevistado estiver contida em alguma das alternativas, marcar a opção correspondente. Se a resposta dada não estiver contida em nenhuma das alternativas, escrever a resposta na opção "Outros".
Medo da agulha ou da coleta – refere-se ao procedimento de coleta, por ser doloroso. Se o entrevistado responder apenas "medo", perguntar "de quê?", pois existe medo da agulha/procedimento, e medo de pegar uma doença.
Outro – qualquer resposta que não se pareçam com as alternativas, incluindo, por exemplo, "nunca pensou em doar", ou em que haja dúvida, devem ser anotadas com letra legível. Neste caso, a resposta será codificada pelo supervisor.
Após o entrevistado responder esta pergunta, pule para a pergunta A25.

PERGUNTA A21. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) doou sangue?

Queremos saber há quanto tempo o entrevistado fez sua última doação. Esta pergunta é feita apenas para aqueles que responderam "Sim" na pergunta A19. Marque a opção

correspondente à resposta dada, sem ler as alternativas. Se o entrevistado não souber exatamente, pergunte "mais ou menos quanto tempo faz que ele doou sangue".

PERGUNTA A22. Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a doar sangue?

Será aplicada a todos os que responderem que já doaram sangue alguma vez na vida. Queremos saber qual foi o principal motivo pelo qual o entrevistado doou sangue. Se ele já tiver doado sangue mais de uma vez e disser que foram vários os motivos, pergunte "Na maioria das vezes" qual o principal motivo que o levou a doar sangue".As opções de resposta não devem ser lidas. Marque a alternativa que melhor se enquadre à resposta dada pelo entrevistado. Se a resposta não se encaixar em nenhuma das opções, anote por extenso na opção "Outros". Se o entrevistado fornecer mais de uma resposta, o entrevistador deve perguntar qual o principal motivo.
Ajudar alguém conhecido – parente, amigo, vizinho, geralmente por solicitação de alguém que estava necessitando de sangue.
Ajudar qualquer pessoa – o entrevistado doou sangue sem saber para quem seria destinado, ou seja, não possuía nenhum conhecido necessitando naquele momento. Também se aplicam as respostas: para ajudar os outros, ou porque sou doador "de carteirinha" ou cadastrado.
Saber se tinha alguma doença – o mesmo que "para fazer exames gratuitamente, para saber se tinha hepatite ou HIV".
Imposição do quartel – quando os jovens ingressam no quartel, alguns são "obrigados" a doar sangue.
Afinar o sangue - porque o sangue era "grosso", tinha problemas de circulação por isso, alguém indicou doação com essa finalidade; ou simplesmente porque acredita que a doação pode afinar o sangue.
Campanhas – porque viu ou ouviu alguma campanha de doação de sangue.
Outro – se a resposta não se enquadrar em nenhuma dessas alternativas ou se houver dúvida sobre qual seria a melhor, anotar por extenso, de forma legível. Nesse caso, a resposta será codificada pelo supervisor.

PERGUNTA A23. No último ano, isto é, desde <*mês*> do ano passado até hoje, quantas vezes o(a) Sr.(a) doou sangue?

Queremos saber quantas vezes o entrevistado doou sangue no último ano. Se a entrevista for feita no mês de outubro, pergunte "No último ano, isto é, desde outubro do ano passado até hoje ..." Se a resposta for maior do zero, ou seja, se doou sangue alguma vez no último ano, pule para a pergunta A25. Se não tiver doado nenhuma vez no último ano, avance para a próxima pergunta. Se não tiver doado nenhuma vez, a resposta é zero e a codificação é zero. Será 8 (não se aplica) se a questão houver sido pulada – se a pessoa nunca tiver doado sangue.

PERGUNTA A24. Por que o(a) Sr.(a) parou de doar sangue?

Será aplicada a todos que já doaram sangue, mas que no último ano não fizeram nenhuma doação, ou seja, para aqueles em que a resposta na pergunta anterior (A23) foi 0 (zero). Uma possível resposta poderá ser "eu não parei de doar" ou "eu não pretendo parar de doar sangue". Neste caso, anote na opção "Outro". Faça o mesmo com as respostas que não se encaixem nas alternativas apresentadas. Nesta pergunta, as

alternativas também não devem ser lidas. Se a resposta for “Outros”, ela será codificada posteriormente pelo supervisor.

PERGUNTA A25. Sobre as campanhas de doação de sangue, o(a) Sr.(a) diria que:

Nesta pergunta, as alternativas, que estão em negrito, deverão ser lidas pelo entrevistador. Se for necessário, leia novamente as opções de resposta para o entrevistado.

PERGUNTA A26. Algum parente ou amigo seu costuma doar sangue?

Queremos saber se algum parente, familiar, amigo ou pessoa próxima do entrevistado têm o hábito de doar sangue.

PERGUNTA A27. No último ano, isto é, desde <*mês*> do ano passado até hoje, o(a) Sr.(a) precisou receber sangue de alguém?

Queremos saber se o entrevistado precisou receber sangue de alguém no último ano, isto é, se teve que passar por uma transfusão de sangue, independente do motivo.

PERGUNTAS A28 a A35. Agora, vou ler algumas frases sobre doação de sangue e gostaria que o(a) Sr.(a) me diga se concorda, não concorda ou não sabe

Leia claramente cada frase, e repita se for necessário. Marque apenas uma das alternativas. Se o(a) entrevistado(a) perguntar se a entrevistadora sabe a resposta correta, a mesma deve responder que não sabe, mesmo que saiba qual é a opção correta.

PERGUNTA A36. Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o(a) Sr.(a) se sente, pensando em sua vida como um todo?

Mostre o cartão com as faces ao fazer a pergunta e anote a resposta apontada pelo entrevistado.

PERGUNTA A37. O(a) senhor(a) teve DOR ou DOLORIMENTO nas juntas que durou a maior parte dos dias por pelo menos um mês e meio?

A dor nas juntas deve ser entendida como toda e qualquer dor ou dolorimento que o entrevistado relacionar a(s) junta(s) ou região ao redor da(s) articulação(ões) e que durou, no mínimo, seis semanas ou 45 dias de forma ininterrupta. O período de tempo escolhido para seu relato é de DOZE MESES, ou seja, os participantes deverão responder quanto à experiência de dor nas juntas nos últimos 12 meses, A CONTAR DA DATA DA ENTREVISTA. Isto significa que se estivermos entrevistando alguém em NOVEMBRO de 2007, deve-se perguntar ao participante se sentiu dor ou dolorimento articular nos últimos 12 meses, ou seja, desde NOVEMBRO de 2006.

PERGUNTA A38. O(a) senhor(a) teve INCHAÇO nas juntas que durou a maior parte dos dias por pelo menos um mês e meio?

O inchaço nas juntas deve ser entendido como todo e qualquer edema, tumefação ou aumento de volume que o entrevistado relacionar a(s) junta(s) ou região ao redor da(s) articulação(ões) e que durou, no mínimo, seis semanas ou 45 dias de forma ininterrupta. O período de tempo escolhido para seu relato é de DOZE MESES, ou seja, os participantes deverão responder quanto à experiência de inchaço nas juntas nos últimos 12 meses, A CONTAR DA DATA DA ENTREVISTA. Isto significa que se estivermos entrevistando alguém em NOVEMBRO de 2007, deve-se perguntar ao participante se notou inchaço ou aumento de volume articular nos últimos 12 meses, ou seja, desde NOVEMBRO de 2006.

PERGUNTA A39. O(a) senhor(a) teve ENDURECIMENTO OU DIFICULDADE PARA MEXER as juntas ao levantar pela manhã, e que durou a maior parte dos dias, por pelo menos um mês e meio?

O endurecimento nas juntas deve ser entendido como toda e qualquer rigidez ou dificuldade para mover a(s) junta(s) ou articulação(ões) no momento em que ele desperta e sai da cama e que durou, no mínimo, seis semanas ou 45 dias de forma ininterrupta. É importante lembrar que a rigidez não é a mesma coisa que dor articular, ela está muito mais relacionada a dificuldade para, por exemplo, dobrar/esticar os joelhos ou abrir/fechar as mãos. O período de tempo escolhido para seu relato é de DOZE MESES, ou seja, os participantes deverão responder quanto à experiência de dor nas juntas nos últimos 12 meses, A CONTAR DA DATA DA ENTREVISTA. Isto significa que se estivermos entrevistando alguém em NOVEMBRO de 2007, deve-se perguntar ao participante se sentiu rigidez ou dificuldade para mover a(s) articulação(ões) nos últimos 12 meses, ou seja, desde NOVEMBRO de 2006.

→ Se o entrevistado responder NÃO para as perguntas A37, A38 e A39 pule para a pergunta A41. Se para, pelo menos, uma destas perguntas a resposta for SIM passe para a pergunta seguinte (A40).

PERGUNTA A40. Quais as juntas que lhe incomodam mais?

Pergunte ao entrevistado e **não** leia as alternativas. Marque todas as respostas do entrevistado. Se ele responder nas costas, pescoço, "nas cadeiras" ou "nos rins" marcar coluna.

PERGUNTA A41. Alguma vez, um(a) médico(a) disse que a(o) senhor(a) tem artrite ou reumatismo?

Nessa questão queremos saber se algum **médico** disse que o entrevistado tem artrite ou reumatismo. Caso o entrevistado diga que o farmacêutico, a vizinha, o enfermeiro ou qualquer pessoa que não seja médico(a) tenha dito isso, marque (0) não. Se o entrevistado disser " Sim, disse que tenho artrose ou artrite reumatóide ou lupus ou desgaste das juntas" marque (1) sim. Se disser qualquer outro nome de doença, mesmo que lhe pareça estranho, anote no questionário para depois perguntar ao supervisor de campo e codificar.

→ Se o entrevistado responder NÃO as perguntas A37, A38, A39 e A41 pule para a pergunta A44. Se para, pelo menos, uma destas perguntas a resposta for SIM passe para a pergunta seguinte (A42).

PERGUNTA A42. O reumatismo ou estes problemas das juntas atrapalha as suas atividades do dia-a-dia, como se vestir, tomar banho, se pentear ou se alimentar sozinho?

Nessa questão queremos saber se estes sintomas articulares (dor, inchaço e/ou endurecimento) atrapalham ou dificultam na realização de atividades comuns do dia-a-dia. Pode ser desde uma dificuldade até a incapacidade de realizar a atividade sem auxílio. Por exemplo, não consegue abotoar a roupa ou amarrar um cadarço, cortar carne ou pentear os cabelos sozinho.

PERGUNTA A43. O reumatismo ou estes problemas das juntas atrapalha as suas atividades de trabalho ou estudo?

Nessa questão queremos saber se estes sintomas articulares (dor, inchaço e/ou endurecimento) atrapalham nas atividades de trabalho, seja ele doméstico ou fora de casa, remunerado ou não. Também queremos saber se para estudar estes sintomas o prejudicam ou atrapalham. Por exemplo: não consegue carregar seus livros ou tem que usar uma adaptação para classe ou cadeira.

PERGUNTA A44. O(a) senhor(a) tem algum parente com artrite ou reumatismo?

Nesta questão queremos saber sobre história familiar de artrite ou doença reumatológica. Considere (1) sim se um ou mais familiares da parte materna ou paterna teve ou tem diagnóstico de artrite ou reumatismo. Em caso de resposta negativa, ou em caso de relato de **qualquer outro parente** que sejam relacionados com a família do companheiro(a), tais como cunhado(a), sogro(a), etc., marque a opção (0) não.

PERGUNTA A45. Nos últimos dois anos o(a) Sr.(a) esteve trabalhando, mesmo que em casa, ou estudando?

Nossa intenção com esta pergunta é saber se, na maior parte do tempo, nestes últimos 2 anos o entrevistado esteve trabalhando ou estudando. Ex.: Se não está estudando ou trabalhando há mais de 1 ano considerar como (0) não.
Se o entrevistado não estiver estudando, for aposentado ou estiver afastado do trabalho/estudo por problemas de saúde e não realizar nenhuma tarefa, tais como lavar, passar, limpar a casa ou digitação, mesmo que não remunerado, nos últimos 2 anos, marque (0) não e pule para a questão A48.

PERGUNTA A46. No seu trabalho ou estudo, o(a) senhor(a) precisa levantar muito peso ou fazer muita força?

O nosso interesse aqui é saber se na atividade de estudo ou trabalho habitual, nos últimos 2 anos, o entrevistado precisa levantar muito peso, como por exemplo, carregar sacos, tijolos, cimento, cuidar de uma pessoa doente e acamada.

PERGUNTA A47. No seu trabalho ou estudo, o(a) senhor(a) precisa repetir muitas vezes a mesma tarefa**?**

O nosso interesse aqui é saber se na atividade de estudo ou trabalho habitual, nos últimos 2 anos, o entrevistado precisa fazer movimentos repetitivos, como por exemplo, digitar, ser caixa de banco, cozinhar, fazer faxina, desossar carne.

→ A partir da pergunta A48, as questões só devem ser feitas para as pessoas da casa com idade igual ou maior a 60 anos.
→ Lembre-se que o questionário poderá ser respondido por algum responsável ou cuidador(a) nos casos em que o idoso não tenha condições de responder às perguntas.
→ A partir da pergunta A48, as questões só devem ser feitas para as pessoas da casa com idade igual ou maior a 60 anos.
→ Lembre-se que o questionário poderá ser respondido por algum responsável ou cuidador(a) nos casos em que o idoso não tenha condições de responder às perguntas.

PERGUNTA A48. Questionário respondido por (*observado pela entrevistadora***):**

Com relação a essa pergunta, a entrevistadora deve apenas observar e marcar com um "X" a opção (0) se a pessoa que responderá o questionário será o próprio idoso ou (1) se quem responderá será algum responsável ou cuidador desse idoso. Lembre-se que após isso você deve ler a frase: **Para cada uma das perguntas, peço que o(a) sr.(a) responda se recebe ou se não recebe ajuda ou se não consegue fazer as atividades do seu dia-a-dia:** Nos casos em que o questionário for respondido por algum responsável ou cuidador, as perguntas seguintes devem ser feitas utilizando o nome do idoso. Por exemplo, um cuidador responderá sobre o Sr. Manuel. As próximas perguntas deverão ser adaptadas da seguinte forma: "O Sr. Manuel recebe ajuda para tomar banho"? "O Sr. Manuel recebe ajuda para se vestir"? e assim, sucessivament
PERGUNTA A49. O(A) Sr.(a) recebe ajuda para tomar banho?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém para tomar banho. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Não recebe ajuda: esta opção deve ser marcada nos casos em o(a) idoso(a) relatar total autonomia para tomar seu banho.
(2) Recebe ajuda parcial: esta opção deve ser marcada nos casos em que idoso precisar de ajuda apenas para uma parte do corpo como ensaboar as costas ou as pernas.
(3) Recebe grande ajuda ou não consegue tomar banho: esta opção deve ser marcada nos casos em que o idoso precisar de ajuda para mais de uma parte do corpo ou ainda quando ele não conseguir tomar banho por estar acamado (sem se levantar da cama).
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A50. O(A) Sr.(a) recebe ajuda para se vestir?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém para se vestir. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para se vestir.

(2) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda apenas para amarrar os sapatos.
(3) Recebe grande ajuda ou não consegue se vestir: marque esta opção nos casos em que o idoso receber qualquer outro tipo de ajuda ou quando ele(a) não conseguir se vestir.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A51. O(A) Sr.(a) recebe ajuda para ir ao banheiro?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém no seu deslocamento para ir até o banheiro. Não devem ser consideradas como ajuda o corrimão da casa, a bengala, o andador ou qualquer outro objeto de apoio usado pelo(a) idoso(a). Importa de fato se ele precisa da ajuda de outra pessoa para esse deslocamento.A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para ir até o banheiro.
(2) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para ir até o banheiro, seja de braço, ou mesmo para empurrar uma cadeira de rodas. Outras opções de resposta que se enquadram nesta categoria são necessidade de ajuda para fazer a higiene pessoal ("se limpar") ou para se vestir após fazer xixi e/ou cocô.
(3) Recebe grande ajuda ou não vai ao banheiro: marque esta opção nos casos em que o idoso não conseguir ir ao banheiro ou precisar de ajuda para ir ao banheiro, fazer a higiene pessoal ("se limpar") e se vestir após fazer xixi e/ou cocô.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A52. O(A) Sr.(a) recebe ajuda para sentar e levantar da cadeira e da cama?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém para deitar e levantar da cama. Não devem ser consideradas como ajuda a bengala, o andador ou qualquer outro objeto de apoio usado pelo(a) idoso(a). Importa de fato se ele precisa da ajuda de outra pessoa para esse deslocamento.A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para deitar e levantar da cama.
(2) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para sentar ou levantar da cadeira ou sentar ou levantar da cama.
(3) Recebe grande ajuda ou não sai da cama: marque esta opção nos casos em que o idoso não sair da cama. Caso o(a) idoso(a) não saia da cama, esta opção também deve ser assinalada.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A53. O(A) Sr.(a) recebe ajuda para comer?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) recebe ajuda de alguém para se alimentar. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Não recebe ajuda: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar total autonomia para comer. Não devem ser consideradas nesta pergunta a ajuda para o preparo da comida.
(2) Recebe ajuda parcial: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que necessita de ajuda de alguém para passar manteiga no pão ou cortar a carne ou algum outro alimento do seu prato.
(3) Recebe grande ajuda ou é alimentado por sonda: marque esta opção nos casos em que o idoso não conseguir segurar o garfo para colocar a comida na boca ou quando ele for alimentado por uma sonda direto na veia.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A54. O(A) Sr.(a) tem controle das funções de fazer xixi e cocô?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue controlar seu xixi e cocô, se algumas vezes ocorrem problemas ou se ele(a) não consegue controlar essas funções. Caso o(a) idoso(a) não compreenda, repita a pergunta e as opções de resposta. Se a dúvida persistir, pergunte se ele consegue segurar o xixi e o cocô e leia novamente as alternativas. Lembre-se que após a pergunta você deve ler as opções de resposta. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) **Sim, tem controle**: marque esta opção nos casos em que o(a) idoso(a) relatar ter controle total sobre as funções de fazer xixi e cocô.
(2) **Algumas vezes ocorrem "problemas" para controlar o xixi e/ou o cocô**: o termo "algumas vezes" pode ser compreendido como algo eventual, que acontece de vez em quando. Caso o idoso relatar que usa medicamentos como diuréticos e que algumas vezes ocorrem problemas por causa disso ou que ele(a) não consegue controlar por causa do remédio, marque a resposta dita pelo idoso desconsiderando o efeito do remédio, pois não é o remédio que causa a incontinência. Outra possível resposta que se inclui nessa categoria de resposta é a ocorrência de seguidos episódios de diarréia sem controle das fezes.
(3) **Não tem controle sobre as funções de fazer xixi e/ou fazer cocô**: marque esta opção quando o(a) idoso(a) relatar que não consegue segurar o xixi e/ou cocô muitas vezes ou quando ele(a) usa fraldas pela grande freqüência de descontrole do xixi e/ou cocô.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

→ Lembre que, antes de iniciar a próxima pergunta, o enunciado a seguir deve ser lido:
Para cada uma das perguntas, peço que o(a) sr.(a) responda se consegue fazer sozinho(a) ou se recebe ajuda ou se não consegue fazer as atividades do seu dia-a-dia:

PERGUNTA A55. O(A) Sr.(a) consegue usar o telefone sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue usar o telefone sozinho(a). Nessa questão, considere apenas o telefone fixo e desconsidere o telefone celular. Caso

o idoso relate não lembrar o número do telefone, pergunte se ele tendo o número com auxílio de uma agenda ou de alguma pessoa lhe informando, ele consegue discar os dígitos e fazer ligações. Nos casos em que não exista telefone no domicílio, pergunte se o(a) idoso(a) consegue fazer uma ligação de um telefone de algum vizinho ou parente ou mesmo de um telefone público ("orelhão"). A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir fazer as ligações telefônicas.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate precisar de ajuda de alguém para discar alguns números para a ligação, ou quando consegue atender o telefone.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate não conseguir ou não saber usar o telefone comum.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A56. O(A) Sr.(a) consegue ir a locais distantes usando ônibus ou táxi sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue utilizar sozinho(a) algum meio de transporte para o seu deslocamento. Não necessariamente ele precisa dirigir algum táxi ou outro carro, mas sim saber se deslocar de modo independente usando algum desses meios de transportes. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate usar apenas táxi, pois não usa ônibus para o deslocamento.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate necessidade de ajuda de alguém para pegar um táxi ou ônibus.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) afirme não conseguir usar esses meios de transporte.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A57. O(A) Sr.(a) consegue fazer compras sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer compras sozinho(a) em locais públicos, como vendas, supermercados, lojas de roupas, etc. Não nos interessa saber se ele não consegue carregar sacolas, por exemplo. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir fazer compras de forma autônoma.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate precisar da companhia de alguém para fazer compras.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) forma completamente incapaz de sair para fazer compras.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A58. O(A) Sr.(a) consegue arrumar a casa sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue arrumar sozinho(a) sua casa, apartamento ou local onde vive. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. <u>“Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue arrumar a casa sozinho?”</u> Após ler todas as alternativas, marque a resposta do(a) entrevistado(a). A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) tenha alguma empregada que faça o serviço, mas quando necessário, o(a) idoso(a) relate ter capacidade de fazer a tarefa.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue fazer todo o serviço ou não consegue fazer o serviço “pesado” de arrumar a casa.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue arrumar a casa ou não saber limpar a casa, pois nunca fez essa tarefa.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A59. O(A) Sr.(a) consegue preparar sua própria comida sozinho?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue fazer sozinho(a) sua própria comida. Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. <u>“Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue preparar sua própria comida sozinho?”</u>. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir preparar sua comida sozinho(a).
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa de alguém para lhe ajudar a preparar sua comida.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue fazer a comida, pois nunca fez essa tarefa.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A60. O(A) Sr.(a) consegue lavar a roupa sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue consegue lavar a roupa sozinho(a). Caso ele(a) relate que possui empregada, diarista, faxineira ou outra pessoa que faça o serviço por ele(a), repita a pergunta da seguinte forma. <u>“Pense em um dia de feriado ou no final de semana. Se for necessário, consegue lavar e passar roupa sozinho?”</u>. Embora use máquina de lavar, se o idoso conseguir cuidar de sua roupa usando esses eletrodomésticos, marque a resposta “consegue”. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate conseguir lavar a roupa, embora use máquina de lavar ou “tanquinho” para cumprir a tarefa.

(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) que precisa de alguém para lhe ajudar a lavar sua roupa.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que que não consegue lavar a roupa, pois nunca fez essa tarefa.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A61. O(A) Sr.(a) consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue (a) cuidar do seu dinheiro sozinho(a). A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que cuida sozinho(a) do seu dinheiro.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) precise de ajuda de alguém para cuidar do seu dinheiro, como ir ao banco, fazer depósitos ou verificar o extrato do banco.
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue cuidar do seu dinheiro.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A62. O(A) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários certos?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) consegue (a)Após ler todas as alternativas, marque a resposta do(a) entrevistado(a). Caso ele(a) relate que não toma remédios, repita a pergunta da seguinte forma. “Se for necessário, o(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários certos?”. A seguir, são colocados alguns exemplos de possíveis respostas:
(1) Consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que toma sozinho seus remédios, mesmo usando uma “caixinha” com os dias da semana.
(2) Recebe ajuda: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que precisa que alguém lhe lembre de tomar os seus remédios
(3) Não consegue: marque essa opção de resposta caso o(a) idoso(a) relate que não consegue tomar seus remédios sem alguma pessoa lhe der na boca a medicação.
(8) NSA: marque esta opção quando o indivíduo tiver idade menor que 60 anos.
(9) IGN: marque esta opção quando o indivíduo não souber após uma terceira tentativa com leitura pausada da pergunta.

PERGUNTA A63. O(A) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber se o(a) idoso(a) tem alguém que cuide dele quando está em casa. Cabe destacar que essa é uma pergunta subjetiva e muito pessoal que o idoso deve compreender a intenção e responder de acordo com sua opinião. É importante destacar que o idoso pode possuir alguma empregada doméstica, faxineira ou diarista. Nesse caso, procure perceber se além de cuidar da casa, essa pessoa também ajuda a cuidar do próprio idoso, seja no auxílio para alguma atividade (tomar banho,

auxiliar a se vestir), seja na supervisão desse indivíduo. Caso ele(a) relate que não possui ninguém para lhe cuidar, marque a resposta não e pule para a pergunta A66. Caso ele relate a resposta sim, faça a próxima pergunta.

PERGUNTA A64. Quem é essa pessoa?

O objetivo dessa pergunta é saber quem é a pessoa que cuida do(a) idoso(a). As respostas mais freqüentes estão contidas no questionário. Respostas que fujam das alternativas propostas devem ser anotadas na opção 6, ou seja, Outro.

PERGUNTA A65. Quantas horas por dia ele(a) fica com o(a) Sr.(a)?

O objetivo dessa pergunta é saber quantas horas por dia o(a) cuidador fica com o(a) idoso(a). Se o idoso não souber, peça para que ele diga um número aproximado de quantas horas ele tem a supervisão de outra pessoa. Caso (a) idoso(a) relatar que não há um horário definido, registre essa opção. Caso ele fale o tempo todo (no caso de ser o(a) esposo(a) ou companheiro(a), registre 24 horas. Quando o idoso falar em um turno, pergunte de que horas até que horas é o turno e registre a carga horária total. Por exemplo: "Um turno das nove da manhã até às três da tarde", <u>deve-se anotar exatamente o que a pessoa disser e, após a entrevista ao fazer a codificação, fazer o cálculo</u> (6h no total).

PERGUNTA A66. Desde <*dia da semana passada*> **quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício que duraram mais de 10 minutos seguidos.**

__ *dias* *(0) nenhum* → vá *para a pergunta A69*
OBS 1: Onde está: <*dia da semana passada*>. Proceda da seguinte forma*:* Se a entrevista for em uma quarta-feira, você dirá: Desde quarta-feira da semana passada...
OBS 2: o que está em negrito na pergunta é para ser lido.
Lembre que aqui são somente incluídas as caminhadas.
Muitas vezes, pelo fato de a frase ser grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se a pessoa demonstrar necessidade ou você perceber certa confusão, repita a pergunta após os exemplos. **Nestas repetições, não é necessário citar os exemplos novamente.**
As caminhadas que durem **menos de 10 minutos** não devem ser contadas. Se a resposta for nenhum, pule para a pergunta A69 e codifique **a pergunta A67 com 888 e a pergunta A68 com 8.)**
Para a codificação, 0 deve ser preenchido quando a resposta for nenhum.
A codificação deve ser feita de acordo com o **número de dias por semana** em que o entrevistado caminha por mais de 10 minutos seguidos.

PERGUNTA A67. Nos dias em que o (a) Sr. (a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia?

____+____+____+____+____ = __ __ __ *minutos p/ dia (888) NSA*
Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na perguntas anterior, codifique 888.
Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo caminhou uma quantidade parecida com os outros dias em que caminhou na semana.

Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. **Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes.** Por exemplo: uma pessoa que caminhou 30 minutos segunda, quarta e sexta e 40 minutos terça e quinta. Seu tempo diário de caminhada foi de 30 minutos, porque é o tempo de caminhada na maioria dos dias em que caminhou. Neste exemplo, os espaços destinados devem ser preenchidos da seguinte forma:
30 + / + / + / + / = *30 minutos p/ dia*
Se os indivíduos responderem 10 minutos na terça, 20 na quarta e 30 na quinta você deve fazer a média para encontrar a resposta correta: 10 + 20 + 30 / 3 = 20 minutos. Essa média é feita nesse caso, pois os minutos são diferentes em cada um dos dias e ai coloca-se o valor médio (somatório de minutos, dividido pelo número de dias).
NÃO ESQUEÇAM DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO PREENCHIDOS
Um exemplo diferente de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que vai para o trabalho caminhando pela manhã, gastando 20 minutos. Volta caminhando e gasta mais 20 minutos. A tarde, caminha até a academia por mais 35 minutos. Volta e gasta mais 35 minutos (essa média é que irá no preenchimento, pois ele faz isso na maioria dos dias). O preenchimento correto é:
20 + 20 + 35 + 35 + / = 110 *minutos p/ dia*
Caso o entrevistado informe diretamente o tempo de caminhada diário, preencha o primeiro espaço apenas (conforme exemplo acima). Se o entrevistado demonstrar dificuldade em realizar esta soma, ou mencionar que não lembra quanto tempo faz por dia você deve dividir o dia em manhã tarde e noite. Por exemplo:
Durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou? E a tarde, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou? E pela noite, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou?
Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**
*NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA***.** Isto provoca erros.

PERGUNTA A68. A que passo foram estas caminhadas?

As opções de resposta **DEVEM SER LIDAS** para o entrevistado.
Depois da resposta dada, é fundamental repetir a opção que foi escolhida, a fim de evitar que o entrevistado tenha respondido com pressa. Se o entrevistado responder DEPENDE ou ÁS VEZES DE UM JEITO E ÁS VEZES DE OUTRO peça para ele se referir a maneira como caminhou na maior parte das vezes nesta última semana.
Um exemplo desta pergunta é quando o entrevistado responde: - A PRIMEIRA.
Você deve repetir então: - com um passo que fez você respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração?
Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão A66, codifique 8.

PERGUNTA A69. Desde <*dia da semana passada*> **quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração por mais de 10 minutos seguidos?**

Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, etc. (não estão em negrito mais, não serão lidos).

__ *dias (0) nenhum* → vá para a pergunta A71

Os exemplos devem ser lidos apenas se o entrevistado se mostrar confuso, mas após uma pausa curta para que o entrevistado já pense na resposta.
Atividades fortes são exatamente o que está dito na pergunta "**que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração".** NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO.
Só devem ser contadas as atividades que duraram mais de 10 minutos seguidos, sem interrupções.
AS CAMINHADAS **NÃO** DEVEM SER CONTADAS nesta pergunta. Se você perceber que o entrevistado está contando as caminhadas, lembre-o que neste momento não importam os minutos de caminhada.
Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade forte, faça a seguinte pergunta: **- esta atividade fez você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração?** Se permanecer a dúvida, anote a resposta e traga para debater com seu supervisor.

PERGUNTA A70. Nos dias em que o (a) Sr. (a) fez essas atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividade fortes por dia?

____+____+____+____+____ = __ __ __ *minutos p/ dia (888) NSA*
Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo fez uma quantidade de atividades fortes parecida com os outros dias. Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão A68, codifique com 888. Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes. Por exemplo: uma pessoa que jogou futebol 30 minutos segunda, quarta e sexta e 40 minutos terça e quinta. Seu tempo diário de atividades fortes é **30 minutos**, porque é o tempo de atividades fortes na maioria dos dias em que as realizou. Neste exemplo, se deve usar apenas o primeiro espaço e o total de minutos por dia.
Outro exemplo de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que jogou futebol pela manhã por 20 minutos e fez ginástica a tarde por 40 minutos. O preenchimento correto é:
20 + 40 + / + / + / = 60 *minutos p/ dia*
Se os indivíduos responderem 10 minutos na terça, 20 na quarta e 30 na quinta você deve fazer a média para encontrar a resposta correta: 10 + 20 + 30 / 3 = 20 minutos. Essa média é feita nesse caso, pois os minutos são diferentes em cada um dos dias e ai coloca-se o valor médio (somatório de minutos, dividido pelo número de dias).
NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO UTILIZADOS
Caso o entrevistado informe diretamente o tempo diário de atividades fortes, preencha apenas o primeiro espaço e o total. Se o entrevistado demonstrar dificuldade em realizar esta soma, ou mencionar que não lembra quanto tempo faz por dia você deve dividir o dia em manhã tarde e noite. Por exemplo:
Durante a manhã, quanto tempo o (a) Sr.(a) fez atividades fortes? E a tarde, quanto tempo o (a) Sr.(a) fez atividades fortes? E pela noite, quanto tempo o (a) Sr.(a) fez atividades fortes?
Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**
NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA**.** Isto pode causar erros

PERGUNTA A71. Desde <*dia da semana passada*> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração por mais de 10 minutos seguidos?

Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc. (não estão mais em negrito)

__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta A73
Os exemplos devem ser lidos apenas se o entrevistado se mostrar confuso, mas após uma pausa curta para que o entrevistado já pense na resposta. Atividades médias são exatamente o que está dito na pergunta "**que fizeram o (a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração".** NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO. Só devem ser contadas as atividades que duraram mais de 10 minutos seguidos, sem interrupções.
AS CAMINHADAS **NÃO DEVEM** SER CONTADAS nesta pergunta. Se você perceber que o entrevistado está contando as caminhadas, lembre-o que neste momento não importam os minutos de caminhada.
Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade média, faça a seguinte pergunta: **esta atividade fez você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração?** Se permanecer a dúvida, anote a resposta e traga para debater com seu supervisor.

PERGUNTA A72. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez essas atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

____+____+____+____+____ = __ __ __ *minutos p/ dia (888) NSA*
Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo fez uma quantidade de atividades parecida com os outros dias. Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão 70, codifique com 888.
Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes. Por exemplo: uma pessoa que pedalou 30 minutos por segunda, quarta e sexta e 40 minutos dia terça e Quinta. Seu tempo diário de atividades médias é 30 minutos, porque é o tempo de atividades médias na maioria dos dias em que as realizou. Neste exemplo, se deve usar apenas o primeiro espaço e o total de minutos por dia.
Outro exemplo de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que pedalou pela manhã por 20 minutos e fez serviços em casa a tarde por 40 minutos. O preenchimento correto é:
20 + 40 + / + / + / = 60 *minutos p/ dia*
Se os indivíduos responderem 10 minutos na terça, 20 na quarta e 30 na quinta você deve fazer a média para encontrar a resposta correta: 10 + 20 + 30 / 3 = 20 minutos. Essa média é feita nesse caso, pois os minutos são diferentes em cada um dos dias e ai coloca-se o valor médio (somatório de minutos, dividido pelo número de dias).
NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO UTILIZADOS
Caso o entrevistado informe diretamente o tempo diário de atividades médias, preencha apenas o primeiro espaço e o total. NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS OUTROS ESPAÇOS.

Se o entrevistado demonstrar dificuldade em realizar esta soma, você deve dividir o dia em manhã tarde e noite. Por exemplo:
Durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades médias? E a tarde, quanto tempo o (a) Sr. (a) fez atividades médias? E pela noite, quanto tempo o (a) Sr.(a) fez atividades médias?
Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**
NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA. Isto pode causar erros.

PERGUNTA A73. De cinco anos para cá, o Sr (a) considera que sua prática de atividades físicas, exercícios:

Se a pessoa tiver dificuldade em identificar o que são cinco anos, você pode afirmar, de 2002 até 2007.
Se o entrevistado responder depende, você deve pedir que lembre sobre a atividade física em geral, que faça uma avaliação ampla de sua atividade física nesses cinco anos.

PERGUNTA A74. Alguma vez o (a) Sr (a) sentiu dor ou desconforto no peito?

Essa pergunta se refere à presença de dor ou qualquer outro tipo de desconforto no peito que o entrevistado tenha sentido ou ainda sente. Esta dor também pode ser referida como sensação de opressão, aperto, peso, sufocação ou asfixia. Neste momento não há necessidade de deter-se à localização exata da dor ou desconforto.

PERGUNTA A75. Essa dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr (a) caminha rápido ou sobe uma escada?

Esta pergunta se refere à presença de dor ou desconforto no peito quando o entrevistado caminha rápido, sobe uma escada ou uma lomba. Se o entrevistado não caminha rápido ou não sobe escadas, marque a opção **"(8) NSA"**; se ele(a) não caminha por algum problema físico, marque também a opção **"(8) NSA"**.

PERGUNTA A76. Essa dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr (a) caminha devagar em terreno plano?

Esta pergunta se refere à presença de dor ou desconforto no peito quando o entrevistado caminha devagar, em um ritmo ou passo normal. Independente da resposta obtida nesta pergunta, aplique a próxima pergunta.

PERGUNTA A77. O que o (a) Sr (a) faz se essa dor ou este desconforto aparece quando caminha?

Nesta pergunta, o entrevistado deve relatar sobre o que ele faz quando a dor aparece. As alternativas devem ser lidas e o entrevistado deve escolher uma delas. Se responder que continua a caminhar apesar dor, marque a opção **"(0) continua assim mesmo"**; se responder pára ou anda mais devagar, anote a opção "**(1) pára ou diminui o ritmo**".
Se o entrevistado relatar que continua a caminhar após colocar remédio embaixo da língua, anote a opção "**(1) pára ou diminui o ritmo**".

PERGUNTA A78. Se o (a) Sr (a) parar de caminhar o que acontece? Essa dor ou desconforto alivia?

Esta pergunta se refere ao alívio da dor ou desconforto após o indivíduo parar de caminhar. Preste bem atenção: se responder **"(0) Não"** ou **"(9) IGN"**, pule para a pergunta 8; se responder sim, aplique a pergunta seguinte.

PERGUNTA A79. Quanto tempo leva para aliviar essa dor ou este desconforto?

Esta questão diz respeito ao tempo de alívio da dor ou desconforto após o indivíduo parar de caminhar. As alternativas devem ser lidas e o indivíduo deve escolher entre as opções oferecidas. Preste bem atenção no "pulo".

PERGUNTA A80. Por favor, olhe esta figura e mostre onde se localiza essa dor ou desconforto?

Esta questão diz respeito à localização da dor ou desconforto. Mostre a figura e anote no local correspondente o (s) número (s) do (s) quadrante (s) que o entrevistado referir o local da dor.
Se foi citado pelo entrevistado algum dos quadrantes 1, 4 5, 6, ou 8, marque a opção **"(1) Sim"**. Se nenhum desses quadrantes (1, 4 5, 6, ou 8) tenha sido citado pelo entrevistado, marque a opção **"(0) Não"**.

PERGUNTA A81. Qual foi a última vez que o(a) senhor(a) sentiu essa dor ou desconforto?

Esta pergunta se refere ao tempo do último episódio de dor ou deconforto que o entrevistado apresentou. As alternativas devem ser lidas e o indivíduo deve escolher entre as opções oferecidas.

PERGUNTA A82. Algum médico disse que o (a) Sr (a) tem angina?

Esta pergunta se refere ao diagnóstico de angina efetuado por algum médico. Se o entrevistado disser que não consultou ou consultou, mas não se lembra o que o médico falou, marque a opção **"(9) IGN"**.

PERGUNTA A83. O (a) Sr (a) toma remédio para o coração ou para a angina?

Esta pergunta diz respeito ao uso de remédios (comprimidos tomados via oral) para o coração ou para a angina. Anote apenas o nome dos remédios.
Se o entrevistado disser que não toma remédios, marque a opção **"(0) Não"**; se relatar que toma remédio, peça para ver a receita médica e/ou a caixa dos remédios e anote o nome no local correspondente. Se o entrevistado não tiver a receita médica ou a(s) caixa(s) dos remédios, mas lembrar o nome deles, anote conforme mencionado, no local correspondente. Se o entrevistado não tiver a receita ou as caixas dos remédios e nem lembrar os nomes, marque a opção **"(9) IGN"**.

PERGUNTA A84. A Sra está grávida?

Esta pergunta só deverá ser realizada para mulheres que ainda podem engravidar. Se a resposta da mulher for “não” ou “não sabe”, vamos considerar que esta mulher não está grávida e você pode continuar aplicando o questionário. Entretanto, se a resposta for sim pode parar de aplicar esta parte do questionário. Marque a resposta (1) e faça um risco na diagonal das perguntas deste bloco e pule para o próximo. Neste caso, codifique as demais questões com Não se aplica.

PERGUNTA A 85. Eu posso medir a sua pressão?

Nesta questão, você tem que medir a pressão do entrevistado. Pergunte se você pode medir a pressão da pessoa. Se ela concordar, enquanto você coloca o aparelho, vá explicando que você vai medir novamente a pressão no final da entrevista. A segunda medida você deve fazer no final da entrevista com o participante. Se o entrevistado quiser saber o resultado da medida da pressão, responda que você vai medir novamente no final da entrevista e deixar por escrito o resultado dessa segunda medida.

Para medir a pressão arterial você deverá seguir os seguintes passos:
1) Certificar-se que o participante não se alimentou, bebeu, fumou ou exercitou-se 30 minutos antes da medição e de que não está com vontade de urinar na hora de fazer a medida. Se estiver com vontade de urinar, pedir para que ele faça xixi antes de medir a pressão. Quando ele voltar, espere 5 minutos para fazer a medida. Enquanto isso, pode ir fazendo as outras perguntas do questionário.
2) Para realizar a primeira medida, já deverá ter decorrido pelo menos 15 minutos de entrevista com o participante sentado respondendo ao questionário. Este cuidado é importante porque o participante tem que estar pelo menos 15 minutos sentado para que a medida da pressão arterial seja válida.
3) O participante deverá estar sentado em uma cadeira com os pés apoiados no chão (ver a figura 1).
4) Perguntar para a pessoa qual é a mão que ela usa mais (para escrever, trabalhar etc). Se a pessoa usa mais a mão direita (ou seja, se for destra), colocar o manguito no punho direito; se ela usa mais a esquerda (ou seja, se for canhota), colocá-lo no punho esquerdo.
Atenção: não coloque o manguito sobre a roupa. Então, envolva o punho direito ou esquerdo, conforme a mão dominante, com o manguito, deixando uma distância de aproximadamente um dedo indicador entre a borda do manguito de pulso e a articulação do punho;
5) Pressionar levemente o velcro para que ele se fixe bem;
6) Posicionar a unidade ao nível do coração como mostra a Figura 1;
7) Solicitar que o participante permaneça imóvel e não fale durante a medição;
8) Apertar Start para iniciar a medição. Caso não inicie, apertar Stop e Start novamente. Para desligar o aparelho, apertar Stop.
9) Realizar o registro como mostrado no monitor, ou seja, o primeiro valor (o valor maior) você registra no primeiro campo, onde diz HS1. O menor valor registre em HD1. Veja ilustração do aparelho na Figura 1, em que se observa os númeors 118 e 78. Então, 118 é HS1 e 78 é HD1. Este registro ficaria:
HS1 1 1 8 mmHg
HD1 0 7 8mmHg

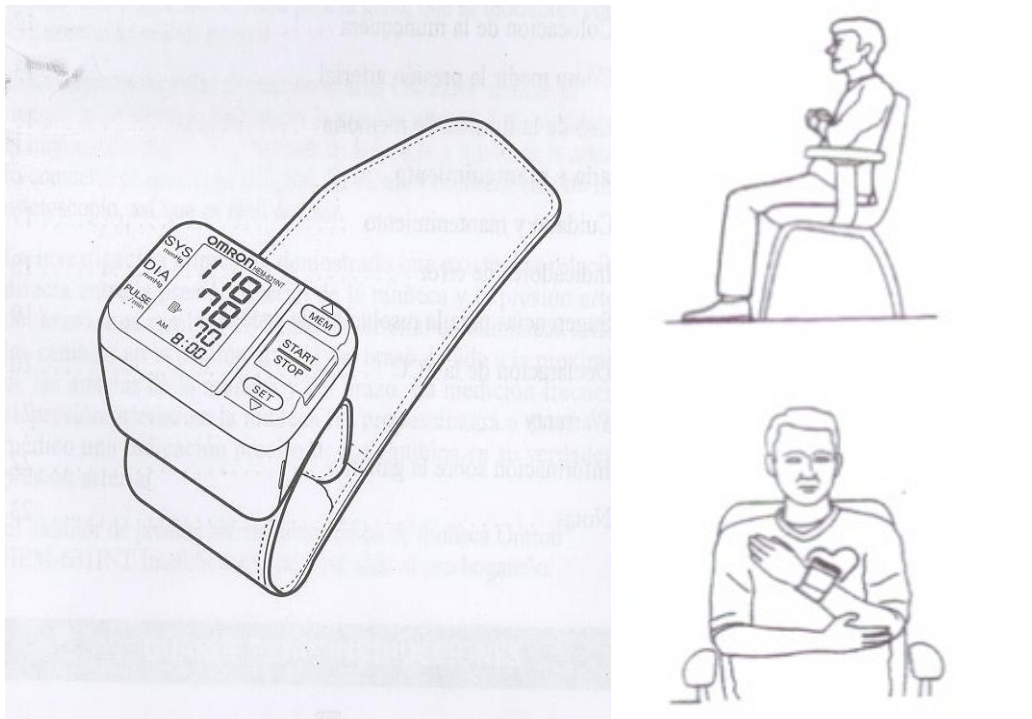
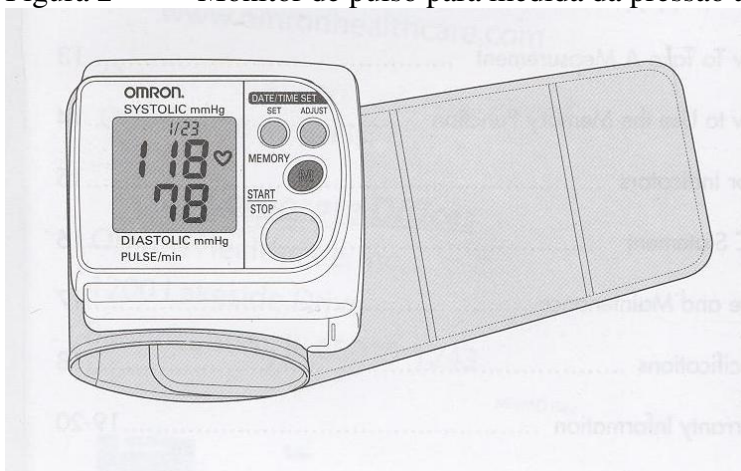
Figura 1 Monitor de pulso e posição adequada para a medida da pressão arterial.

A Figura 2 mostra um aparelho um pouco maior que o aparelho da figura 1. Então, ao invés de colocar o monitor na "lateral" do pulso, você vai colocá-lo na parte "anterior" do pulso. Mas o participante vai estar na mesma posição indicada pela figura 1. **IMPORTANTE:** preste atenção no aparelho que você está utilizando.

Figura 2 Monitor de pulso para medida da pressão arterial

PERGUNTA A86. Algum médico disse que o (a) Sr (a) tinha pressão alta?

Se alguma vez um médico disse que a pessoa tinha pressão alta, a resposta desta pergunta é sim, não importando se o médico só disse uma vez. Se a pessoa disser que

foi somente a enfermeira ou o farmacêutico que falou que a pressão estava alta, considerar a resposta como não. Caso a resposta da pessoa for “não” ou “não sabe” (ignorado), você vai pular para a questão A89. Mas, se a resposta desta questão for “sim”, perguntar há quanto tempo o médico disse que a pessoa tinha pressão alta. Se for mais de 1 ano, por exemplo 5 anos, anotar no espaço anterior a anos “05” anos e “00” meses. Se for menos de 1 ano, por exemplo há 3 meses, colocar “00” anos e “03” meses. Se for menos de 1 ano ou 1 mês, anotar “00” em anos e “00” em meses. **ATENÇÃO:** Nunca deixe os espaços em branco, somente se a resposta for não. Se a pessoa não lembrar exatamente há quanto tempo o médico falou da pressão alta, considerar o tempo aproximado, por exemplo: a pessoa diz que fazem quase 20 anos que o médico disse que ela tinha pressão alta. Então, você deverá anotar “20” anos. Você pode ajudar a pessoa a recordar o tempo referindo-se a eventos vitais importantes como casamento e nascimento de netos ou filhos.

PERGUNTA A87. O Sr. (Sra.) está tomando algum remédio para pressão alta?

Se a pessoa estiver tomando vários medicamentos e não souber se algum deles é para a pressão, você vai considerar a resposta 2 “não sabe” e vai aplicar a próxima questão.

PERGUNTA A88. Quais remédios o sr (a) está tomando? Anotar o nome e a apresentação.

Esta questão só deverá ser realizada para os participantes que disseram tomar remédio para a pressão alta ou que tomam remédio, mas não têm certeza se é para a pressão alta ou não. Pedir para ver a embalagem dos remédios (caixinhas, envelopes) ou a receita médica. Anotar o nome comercial ou o genérico e a apresentação da caixinha, por exemplo: Captopril (Nome) 25 mg (apresentação). **Atenção:** anotar todos os remédios! A parte de “Quantas vezes por dia ?” deverá ser perguntada para o participante: Quantas vezes por dia o (a) Sr. (a) toma este remédio? Esta pergunta deverá ser realizada para cada medicamento que for anotado. Se o participante mostrar um frasco de remédio de manipulação e na etiqueta deste frasco estiver escrito vários medicamentos, por exemplo: hidroclorotiazida 25 mg + enalapril 10 mg + anlodipina 5 mg, anotar um medicamento e sua apresentação em cada espaço. Se ele toma uma cápsula uma vez por dia, anotar em cada espaço 1 vez por dia. Caso a pessoa diga que está tomando remédio, mas não tem a caixinha e nem a receita, você pode anotar os medicamentos que ela souber dizer para você, mas escreva uma observação no questionário que esta informação foi dita pelo(a) entrevistado(a). Entretanto, se a pessoa disser que toma remédio para pressão alta, mas não sabe os nomes dos medicamentos, não tem as caixinhas, não tem a receita ou a receita está difícil de ler, anotar com IGN.

PERGUNTA A 89. Seu pai ou sua mãe tem ou tinham pressão alta?

Se o participante não tiver conhecido o pai ou a mãe, anotar como “ignorado”. Se não souber se o pai ou a mãe tinha pressão alta, anotar também como “ignorado”. Se o participante, por exemplo, responder: “a minha mãe tem pressão alta”, então você marcará sim para a mãe e perguntará se o pai tem ou tinha pressão alta

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SEU INTESTINO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, OU SEJA, DESDE < *SEIS MESES ATRÁS* **> RESPONDA PENSANDO NO**

FUNCIONAMENTO NATURAL DO SEU INTESTINO, OU SEJA, SEM O USO DE LAXANTE, CHÁS OU QUALQUER OUTRA AJUDA.

Onde está escrito < seis meses atrás > você deve colocar o mês correspondente a seis meses atrás em relação ao mês que está realizando a entrevista. Exemplo: se a entrevista está sendo feita no dia 15 de outubro, pergunte: "Desde <ABRIL> deste ano"

PERGUNTA A90. Desde <*seis meses atrás*>, quantas vezes por semana o(a) Sr.(a) costuma fazer cocô?

Nesta pergunta queremos saber quantas vezes a pessoa evacua por semana, e não por dia. Se necessário, repita a pergunta. Anote o número de exato de vezes, que pode variar de 0 (nehuma vez) a 7 vezes (todos os dias). Se o indivíduo responder de 3 a 4 vezes, sempre anote o menor valor. Se ele responder 2 ou 3 vezes por dia, anote 7 vezes; se responder que faz um dia sim e outro não, anote 4 vezes.

PERGUNTA A91. Desde <*seis meses atrás*>, com que freqüência o(a) Sr.(a) teve que fazer força ou esforço para fazer cocô?

Nesta pergunta o sintoma que está sendo estudado é esforço para evacuar, ou seja, queremos saber a freqüência com que o entrevistado tem que fazer força para fazer cocô. Faça a pergunta lendo as alternativas em negrito de (0) a (4). Se necessário, repita a leitura das opções de respostas, e assinale a resposta dada.

PERGUNTA A92. Desde <*seis meses atrás*>, com que freqüência o(a) Sr.(a) teve fezes duras, endurecidas ou como se fossem bolinhas?

Nesta pergunta queremos avaliar a freqüência com que o entrevistado tem alteração do volume do bolo fecal (fezes), ou seja, se as fezes são fragmentadas (tipo bolinhas) ou endurecidas. Faça a pergunta lendo as alternativas de (0) a (4). Se necessário repita. Assinale a resposta dada.

PERGUNTA A93. Desde <*seis meses atrás*>, com que freqüência o(a) Sr.(a) teve sensação de evacuação incompleta, ou seja, mesmo após ter feito cocô, permaneceu com vontade?

Nesta pergunta, o conceito de sensação de evacuação incompleta está explicado na própria pergunta. Significa permanecer com vontade de evacuar mesmo após ter evacuado, ou seja, a sensação de que não conseguiu eliminar todas as fezes. As opões devem ser lidas, da mesma forma que a pergunta anterior. Se necessário repita a pergunta.

PERGUNTA A94. Desde <*seis meses atrás*>, com que freqüência o(a) Sr.(a) sentiu que as fezes não conseguem passar, que estão trancadas ou presas no ânus?

Nesta pergunta, estamos querendo saber se o entrevistado tem dificuldade para eliminar as fezes, ou seja, se tem a sensação de que as fezes trancam ou ficam presas na saída do ânus. Se a pessoa não entender, repita a pergunta. As opções de resposta são as mesmas.

PERGUNTA A95. Desde <*seis meses atrás*>, com que freqüência o(a) Sr.(a) teve que usar o dedo para ajudar na saída das fezes?

Nesta pergunta, queremos saber se o entrevistado faz uso de manobras manuais para facilitar a evacuação. Para os homens, pergunte com que freqüência teve que apertar com o dedo o ânus para ajudar a evacuar.Para as mulheres pergunte se teve que apertar com o dedo o ânus OU a vagina. As opções de respostas são as mesmas.

PERGUNTA A96. O Sr.(a) faz alguma coisa para ajudar o seu intestino funcionar?

Nesta pergunta, queremos saber se o entrevistado faz alguma coisa para melhorar o funcionamento do seu intestino. Alguma coisa pode ser algum tipo de alimentação, por exemplo, comer mamão todos os dias. Ou ainda, algum tipo de chá, iogurte, cereais, farelos, frutas e vegetais. Além disso, o uso de laxantes, supositórios, óleo mineral também pode ser incluído. Se o indivíduo responder **SIM** , passe para a próxima pergunta; se responder **NÃO,** encerre o questionário.

PERGUNTA A97. O que o(a) Sr.(a) faz?

Esta pergunta só será feita se o entrevistado respondeu “SIM” na pergunta anterior (A96). Caso haja uma resposta que não se enquadre em nenhuma das opções listadas, deverá ser escrita ao lado da alternativa “OUTRO”. Marque NSA (não se aplica) se o entrevistado responder NÃO na pergunta A96.
Se o entrevistado falar algum nome de medicação que você não saiba se é laxante ou não, marque em OUTROS e anote o nome da medicação no espaço indicado. Lembre-se sempre: em caso de dúvida, anote tudo.
Se o entrevistado fornecer mais de uma resposta, marque tudo que ele falou.
Se a resposta não se encaixar em nenhuma das opções, anote por extenso na opção “Outros”. A resposta desta pergunta será codificada posteriormente pelos supervisores.

PERGUNTA A98. Com relação à <mês do ano passado> o(a) Sr.(a) considera que sua atividade física atual está:

Nessa questão você deve se referir ao mês correspondente no ano passado, por exemplo, se estamos em Outubro de 2007 você deve fazer a pergunta se referindo à Outubro de 2006 e também deve ler as respostas. Se o(a) entrevistado(a) referir que sua atividade física está igual a do ano passado, pule para a questão A99.

PERGUNTA A99. Qual o principal motivo da mudança na sua prática de atividade física, esporte, exercício físico ou ginástica?

Essa questão quer saber o PRINCIPAL motivo do(a) entrevistado(a) ter mudado o seu comportamento em relação à prática de atividade física, isto é, se na questão anterior ele respondeu que aumentou ou diminuiu a prática de atividades físicas, você deve escrever por extenso, mais detalhadamente possível, o que o(a) entrevistado(a) responder, especificando o sentido da mudança (aumentou ou diminuiu) **Por exemplo**: se o(a) entrevistado(a) referiu na pergunta anterior que ele aumentou sua prática de atividades físicas e nessa pergunta ele disser que foi por causa do trabalho, pois está trabalhando

mais longe e vai a pé, você deve anotar que ele aumentou sua prática de atividades físicas porque está trabalhando mais longe e vai a pé todos os dias.
Caso o(a) entrevistado(a) não saiba o que é atividade física ou exercício físico, use sinônimos como prática de esportes ou ginástica.

PERGUNTA A100. Desde <mês do ano passado> o(a) Sr.(a) recebeu orientação para a prática de atividade física, exercícios físicos, esportes ou ginástica?

A palavra "MÊS" refere-se ao mesmo mês de aplicação da entrevista. Exemplo: Se a entrevista estiver sendo aplicada no mês de outubro pergunte: Desde OUTUBRO do ano passado...
Essa questão se refere ao recebimento de orientação para a prática de atividade física, independente de ter procurado ou não essa orientação. Se o(a) entrevistado(a) referir que não recebeu orientação alguma pule para a questão A107, caso contrário continue as perguntas seguintes.

PERGUNTA A101. Onde o(a) Sr(a) recebeu essa orientação?

Você deve ler as opções de resposta e marcar a que o(a) entrevistado(a) referir, se não se encaixar em nenhuma das opções ou se o entrevistado responder mais de uma opção, marque a opção outro e anote a resposta.
Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde – Considere consulta pelo SUS em qualquer um dos Postos de Saúde.
Ambulatório público (SUS ou faculdade) – Considere ambulatório consultas ambulatoriais, independente da especialidade médica e também com nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira(o) nos seguintes locais: Faculdade de Medicida UFPel, Clínica Olivé Leite/Postão, Santa Casa, Beneficência, Hospital Universitário (Clínicas/São Francisco), Sanatório/Hospital Espírita, Hospital Miguel Piltcher.
Ambulatório por convênio/plano de saúde ou de empresa – Considere serviços localizados em, ou de sindicatos ou empresas e também de planos de saúde ou convênio nas quais as consultas não impliquem em gastos diretos. Ex: Eu consulto no local de trabalho ou na sede da empresa, ou eu fui no Pronto atendimento da UNIMED ou do Saúde Maior.
Consultório particular/plano de saúde – Considere consultas com médico, nutricionista, fisioterapeuta tanto através de plano de saúde, convênio quanto e seus consultórios particulares.
Academia – Considere aqui academias de ginástica.
Meios de comunicação – considere aqui todos os meios de comunicação, jornal, revista, internet, rádio ou televisão.

PERGUNTA A102. Quem lhe orientou?

Marcar uma opção correspondente à resposta do(a) entrevistado(a) quanto ao profissional a quem o mesmo referir ter recebido a orientação, caso haja alguma resposta que não se encaixe em nenhuma opção, como por exemplo, se ele falar meio de comunicação (jornal, revista, televisão, internet) ou alguma outra coisa, marque no outro e escreva por extenso o que o(a) entrevistado(a) referiu. Se o(a) entrevistado(a) referir que algum estudante lhe orientou, como, por exemplo, estudante de educação física, nutrição, medicina, fisioterapia e enfermagem marcar a opção correspondente ao profissional.

PERGUNTA A103. Qual atividade física foi orientada?

Marque a atividade física que o(a) entrevistado(a) responder, se o indivíduo referir alguma atividade física que não se encontra nas opções ou se ele referir mais de uma opção, marque outro e escreva por extenso a atividade física referida.

PERGUNTA A104. O(a) Sr(a) foi orientado(a) sobre quantas vezes por semana a atividade física deveria ser feita?

Pergunte se o(a) entrevistado(a) foi informado sobre quantas vezes por semana ele deveria praticar atividades físicas e marcar se sim ou não.

PERGUNTA A105. O(a) Sr(a) foi orientado(a) sobre o tempo que a atividade física deveria ter?

Pergunte se o(a) entrevistado(a) foi informado sobre a duração da atividade física orientada e marcar se sim ou não.

PERGUNTA A106. Depois das orientações recebidas sua atividade física:

Pergunte se o(a) entrevistado(a), depois das orientações recebidas, aumentou, diminuiu ou não mudou sua prática de atividade física. Nessa questão você deve ler as opções de resposta.

As questões que vão de A107 até A116 devem ser aplicadas aos indivíduos entre 20 e 69 anos de idade

PERGUNTA A107. Desde <MÊS> do ano passado, o (a) Sr.(a) baixou em algum hospital?

A palavra "MÊS" refere-se ao mesmo mês de aplicação da entrevista. Exemplo: Se a entrevista estiver sendo aplicada no mês de outubro pergunte: Desde OUTUBRO do ano passado...
Esta pergunta refere-se à internação hospitalar, ou seja, se o indivíduo esteve hospitalizado nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista, incluindo internação para parto. Considere hospitalização como tendo ficado mais de 24 horas no hospital. Se a resposta for "Não lembro", repita a questão, se o entrevistado relata novamente a mesma resposta então codifique "9 (IGN)".

PERGUNTA A108. Desde <MÊS> do ano passado quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?

A instrução para substituir a palavra MÊS é a mesma da questão acima. Nesta questão queremos saber se o entrevistado consultou com algum **médico** nos últimos 12 meses que antecederam à entrevista. Anote o número de vezes na codificação. No caso de respostas como "nenhuma vez" ou "não consultei", codifique com "00" (zero zero) e pule para questão A116. Se não lembrar, marcar "99 (IGN)".

Não são consideradas consultas de filhos, irmãos, amigos etc.!!! Ex: Eu não consultei, mas levei meu filho para consultar. Codifique 00.

PERGUNTA A109. Desde <TRÊS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?

Deve-se substituir as palavras “TRES MESES ATRÁS” pelo nome do mês. Exemplo: Se o questionário estiver sendo aplicado no mês de outubro você deve perguntar: Desde JULHO quantas vezes o (a) Sr.(a) consultou com médico?
Nesta questão queremos saber se o entrevistado consultou com algum **médico** nos últimos 03 meses que antecederam à entrevista. Anote o número de vezes na codificação. No caso de respostas como “nenhuma vez” ou “não consultei”, codifique com “00” (zero zero) e pule para questão A113. Se não lembrar, marcar “99 (IGN)”. Caso o indivíduo não tenha consultado nos últimos 12 meses (questão A107) esta questão não se aplica e deve ser codificada com “88 (NSA)”.

PERGUNTA A110. Onde o (a) Sr.(a) consultou a última vez?

Esta questão refere-se ao local da realização da última consulta, nos últimos 3 meses. Caso a resposta seja no **POSTO DE SAÚDE** você deve perguntar se o posto era do bairro onde a pessoa mora ou não. Se o indivíduo **<u>não</u>** responder **<u>Posto de Saúde</u>**, pule para a pergunta A112.Se ele responder que a consulta foi no Posto de saúde você DEVE aplicar a próxima pergunta e mostrar as FOTOS.
Pergunte qual, anote o nome do local conforme a lista abaixo. Se o entrevistado relatar que não lembra o nome, repita a pergunta e tente anotar o que o entrevistado diz.
Posto de Saúde do Bairro – antes da saída para o trabalho em cada setor verifique qual o posto de saúde do bairro da zona em que for trabalhar.
Outro Posto de Saúde – considere posto de saúde, apenas os serviços que constam na lista padrão de fotos de postos (todos eles têm uma foto de sua fachada no álbum de fotos).
Pronto Socorro – Considerar como pronto socorro os únicos existentes em Pelotas: PS Municipal e PS Miguel Piltcher (local onde as pessoas fazem consultas de urgência por trauma).
Médico Particular – Considerar como consulta particular aquela paga INTEGRALMENTE à profissional médico.
Ambulatório de Hospital – Considere ambulatório de hospital, consultas ambulatoriais, independente da especialidade médica, nos seguintes locais: Santa Casa, Beneficência, Hospital Universitário (Clínicas/São Francisco), Sanatório/Hospital Espírita, Hospital Miguel Piltcher.
Ambulatório da Faculdade – Considere consultas realizadas nos ambulatórios da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas ou Clínica Olivé Leite/Postão.
Ambulatório de Sindicato ou Empresa – Considere serviços próprios (localizados em) de sindicatos ou empresas nas quais as consultas não impliquem em gastos diretos. Ex: Eu consulto no local de trabalho ou na sede da empresa.
Policlínica ou Medicina de Grupo – Considere serviços pagos pelo empregador, fora do ambiente de trabalho. Ex: Sul-Clínica, Saúde Maior, Prontocor, Pias, Cruz de Prata, Policlínica Pelotense etc.
Ex: Eu consulto na Sul-Clínica, Saúde Maior, Prontocor, Pias, Cruz de Prata, Policlínica Pelotense etc. pelo **convênio do trabalho**. Caso o entrevisto responda que consultou

nestes locais por ter convênio pago por si próprio e não pelo empregador considere MÉDICO CONVENIADO!!!

Ambulatório do INSS – Considere apenas consultas na rua Princesa Isabel esquina Barroso, pois ainda podem ser feitas perícias médicas neste local.

Médico Conveniado – Refere-se a consultas em que determinada parte do valor é paga pela pessoa entrevistada e outra parte é, geralmente, paga pela sua entidade privada. Ex: IPE, UNIMED.

CAPS - Centro de Atendimento Médico Psicossocial (CAPS)

Centro de Especialidades – Considere as consultas realizadas na Rua Voluntários da Pátria quase esquina Santos Dumont. Neste local são realizadas consultas médicas de especialidades tais como: ginecologia, pediatria, urologia, endocrinologia...Na sua maior parte as consultas foram encaminhadas pelos Postos de Saúde, mas em algumas situações o indivíduo pode ter ido diretamente a este local (sem encaminhamento) para consultar.

Outro – Refere-se a locais que, aparentemente, não se enquadrem nas opções acima. Ex: consultei em Porto Alegre. Escrever de forma legível e com o máximo de detalhes possíveis.

Em caso de dúvidas deve-se discutir com a mestranda Gisele Nader a fim de realizar a codificação da melhor maneira possível.

PERGUNTA A111. Agora eu vou lhe mostrar umas fotos. O Sr (a) poderia me apontar qual o posto em que consultou na última vez?

É extremamente importante que o Posto de Saúde seja reconhecido pelo entrevistado isso é fundamental para esta pesquisa, faça o máximo de esforço!

Para codificação de qual Posto, você vai precisar do álbum de fotografias. O álbum contém fotografias com a fachada dos postos de saúde e cada foto possui um número que vai de 1 a 37. Para facilitar a identificação você pode também consultar o Anexo 1 que contém os endereços dos Postos de Saúde e os nomes populares pelos quais eles são conhecidos.

Caso o entrevistado tenha respondido que consultou em posto de saúde do bairro vá direto às fotos do setor censitário em que você se encontra, caso contrário tente localizar por setor.

Não foram incluídas fotos de postos de saúde da zona rural, portanto, codifique com o número 66 caso não encontre a foto na zona urbana. Consultas em postos de outras cidades devem ser codificadas com o número 77.

Deve-se codificar com 88 (NSA) caso as respostas para a questão 4 não tenha sido alternativa 1 e caso o indivíduo não tenha consultado nos últimos 3 meses.

Deve-se codificar com 99(IGN) caso o entrevistado não lembre do posto e nem o identifique nas fotos.

PERGUNTA A112. Por qual motivo o (a) Sr.(a) consultou a última vez?

Anotar o motivo fornecido pelo entrevistado. Não faça interpretações. Ex: Se o entrevistado refere como motivo da consulta “dor nas costas”, isto não significa “lombalgia ou pneumonia”, escreva DOR NAS COSTAS. Deve-se codificar com 88 para os casos em que o individuo não consultou nos últimos 3 meses e com 99 caso ele não lembre o motivo da consulta. Utilize a linha para escrever e deixe o espaço entre parênteses em branco (exceto em casos de 99).

PERGUNTA A113. Quando o (a) Sr.(a) tem um problema de saúde e decide consultar, tem algum médico ao qual o (a) Sr.(a) costuma ir na maioria das vezes?

Caso o entrevistado responda que vai na farmácia, curandeiro ou qualquer outro local que não possua assistência MEDICA codifique como NÃO. Caso a resposta seja NÃO pule para questão A115.
O entrevistado pode não saber informar e neste caso codifique com 9 (IGN).

PERGUNTA A114. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) consulta com esse médico?

Anotar quanto tempo a pessoa consulta com o mesmo médico, esse a quem ela se referiu na questão 7. Escreva o número de anos e meses completos. Se o entrevistado disser que tem dois médicos com quem consulta há bastante tempo opte pelo de maior tempo. Ex: consulto com ginecologista há 5 anos e com clínico há 10 anos. Neste caso escreva 10 anos.

PERGUNTA A115. O (A) Sr.(a) teve algum problema de saúde desde <TRÊS MESES ATRÁS> até hoje, que lhe impediu de fazer as coisas do seu dia-a-dia, como ir a aula, trabalhar ou sair de casa?

Esta pergunta refere-se a dias de inatividade, ou seja, se o entrevistado deixou de fazer suas atividades habituais, rotineiras ou se permaneceu de cama. Este item também inclui o período em que o entrevistado ficou hospitalizado, caso tenha hospitalizado. Substituir as palavras "TRES MESES ATRÁS" pelo nome do mês. Ex: Em outubro perguntar: O Sr. (a) teve algum...desde JULHO até hoje, que lhe impediu de fazer...
Caso o entrevistado não lembre, codifique 9 (IGN). Caso esta questão ainda faça parte do pulo das questões 2 ou 3 codifique 8 (NSA).

PERGUNTA A116. Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não ter consultado com médico neste período?

Não leia as opções de resposta ao entrevistado, aguarde sua resposta e verifique em qual das opções ela se encaixa melhor. Caso o entrevistado responda mais de um motivo enfatize utilizando a palavra qual o PRINCIPAL motivo pelo qual não consultou.
Se a resposta for: Porque eu consulto a cada dois anos codifique como NÃO PRECISOU.
Caso não encontre opção que se enquadre nas fornecidas escreva detalhadamente no campo ao lado de "Outro". Codifique com 88 caso o individuo tenha consultado no período em questão e com 99 caso ele não lembre o motivo pelo qual não consultou com médico.

PERGUNTA A117. Quando foi a última vez que o Sr(a) consultou para os olhos seja com o especialista de olhos, seja com outro profissional de saúde (médico, técnico), EXCLUÍNDO os exames para fazer ou renovar carteira de motorista?

Marcar a alternativa que contempla o intervalo de tempo da resposta. Caso o entrevistado nunca tenha consultado, pular para a questão A121 e seguir o questionário. Se o entrevistado responder que consultou há 1 ano, ou há 3 anos, ou há 5 anos, assinalar a alternativa (2). Se o entrevistado responder que foi há muito tempo atrás ou estiver em dúvida quanto ao tempo exato, perguntar se foi há mais de 5 anos ou há

menos de 5 anos. Caso o entrevistado realmente não lembre há quanto tempo consultou, assinale a alternativa (9).

PERGUNTA A118. Onde o(a) Sr.(a) consultou para os olhos na última vez?

Identificar o local da última consulta e a forma de financiamento dessa consulta (privado, convênio ou plano de saúde ou público). ATENÇÃO: um mesmo local pode prestar atendimento público, conveniado/ plano de saúde e privado. Assim, caso o entrevistado não refira a forma de financiamento, o entrevistador deve perguntar "A consulta no local <citar o local mencionado> foi pelo SUS/setor público, convênio/plano de saúde ou particular?" Caso o entrevistado diga que foi convênio ou plano de saúde, mas que teve que pagar uma parte, o entrevistador deve enquadrar a resposta no local citado e considerar a forma de financiamento como "convênio ou plano de saúde".
Se a resposta quanto ao local for vaga "Foi no Centro.", a entrevistadora deve indagar se foi no pronto atendimento, ambulatório, consultório médico ou óptica.
Se a resposta for "No Cruz de Prata.", o entrevistador deve perguntar "A consulta no Cruz de Prata foi pública, convênio/plano de saúde ou particular?"e assinalar alternativa 4, 5 ou 6, ou seja, Cruz de Prata é um serviço de pronto atendimento. No caso de a pessoa informar que procurou uma óptica e que esta encaminhou para uma consulta com profissional da saúde, considerar (12) "Óptica".
Se o entrevistado nunca consultou, considerar (88).
Se, após tentar esclarecer com o entrevistado qual o local da última consulta e a forma de financiamento e o entrevistado não lembrar, assinalar (99).
Se o entrevistado referir um lugar que não se enquadre nas alternativas listadas, anote, na alternativa "outros", o nome do local em letras separadas e sem acentuação. Ex.: NA BENZEDEIRA ou BAGÉ (cidade).

PERGUNTA A119. Quanto tempo o Sr(a) levou para conseguir consultar?

Anotar o período de tempo que levou entre a decisão de consultar para os olhos e o dia em que realizou a consulta. Caso o entrevistado não entenda a pergunta reformule da seguinte maneira: "Quanto tempo passou entre o dia em que o Sr.(a) decidiu que deveria consultar para os olhos e o dia em que realizou a consulta?".
Se o entrevistado responder: "Consultei no mesmo dia.", anotar 00 meses e 1 dias. Este será o caso de indivíduos com lesões oculares, principalmente resultantes de acidentes que procuraram, principalmente, o pronto socorro ou o pronto atendimento.
Caso a resposta seja em anos, a entrevistadora deverá calcular e escrever o correspondente em meses. Ex.: "Levei uns 2 anos até conseguir.", escrever: 24 (meses).

PERGUNTA A120. Qual o principal motivo da sua última consulta para os olhos?

Se o entrevistado informar mais de um motivo para a consulta, considerar o primeiro que ele referir como o principal. Ex.: "Fui consultar porque não conseguia ver o letreiro do ônibus e porque estava com lacrimejamento." Neste caso considerar somente a dificuldade de enxergar, ou seja, alternativa (1).
Se o entrevistado especificar que foi consultar por ter miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia ou uma combinação destes, assinale (1) "dificuldade de enxergar ou para revisão os óculos."

Se a resposta for vaga: “Porque eu estava precisando!”, a entrevistadora deve indagar: “Mas por que estava precisando?”
Se o principal motivo citado não se enquadrar nas alternativas listadas, anote o motivo principal na alternativa “outros” por extenso e com letras separadas, sem acentos ou cedilha. Ex.: TERCOL (terçol).

Alguma vez um médico disse que o(a) Sr(a) tinha:

PERGUNTA A121. Diabetes	(0) não (1) sim
PERGUNTA A122. Pressão alta nos olhos (glaucoma)	(0) não (1) sim
PERGUNTA A123. Catarata	(0) não (1) sim
PERGUNTA A124. Toxoplasmose (doença do gato)	(0) não (1) sim

Considere sim, se o entrevistado referir que o médico disse que ele tinha o referido problema de saúde. Se o entrevistado disser que acha que tem o problema, mas que não foi o médico que disse, assinalar não.
Se o entrevistado não lembrar se foi alguma vez informado/informada sobre a doença, assinalar a alternativa: (0) não.
Se o entrevistado não lembrar se foi alguma vez informado/informada sobre a doença, assinalar a alternativa: (9) IGN.

PERGUNTA A125. O(A) Sr(a) usa óculos ou lente de contato?

Se o entrevistado referir que usa óculos ou que usa lentes de contato ou que usa os dois, assinale a alternativa (1)sim e indague há quanto tempo usa. Se o entrevistado referir uma duração diferente de uso de óculos e lentes de contato, anotar há quanto tempo usa o que começou a usar primeiro (o que fizer mais tempo) Ex.: “Eu uso os dois, os óculos há 10 anos e as lentes de contato há mais ou menos 5 anos.”. Anotar o tempo de uso mais antigo (10 anos). Se for um período menor do que 01 ano, ex.: “Estou usando óculos há dois meses.”, anotar 00 anos.No caso de o entrevistado referir a idade em que começou a usar óculos anote e pergunte a idade atual, para fazer o cálculo do número de anos que usa. Ex.: “Uso óculos desde os treze anos.” Se o entrevistado tiver 25 anos, anotar 12 anos. Caso o entrevistado use óculos de parentes ou amigos, considerar como (1). Se o entrevistado disser que usa somente óculos escuros, pergunte se o óculos é de grau. Se o óculos não for de grau, considerar como (0) não; se o óculos for de grau, considerar como (1) sim.

PERGUNTA A126. Este óculos ou lente de contato foi receitado por profissional da saúde?

Se o entrevistado referir que a correção foi receitada por médico/oftalmologista /médico da óptica ou que trabalha na óptica, assinalar a alternativa (1)sim.
No caso de o entrevistado usar um óculos que não é seu, mesmo que ele tenha sido receitado por profissional de saúde, considere a alternativa (0)não. Ex.: “Eu uso o óculos do/da meu/minha: “ marido/esposa” ou “ irmão/irmã” etc.

PERGUNTA A127. Como o Sr(a) conseguiu a armação e as lentes do seu óculos?

Se o entrevistado não usar óculos ou se só usar lentes de contato assinalar (88) NSA. Se a forma de aquisição dos óculos não se enquadrar nas alternativas listadas, anote a forma de aquisição na alternativa “outro”, por extenso e com letras separadas, sem

acentos ou cedilha. Ex.: FARMACIA (farmácia). Se a pessoa disser: “eu comprei”, perguntar o local onde comprou.

PERGUNTA A128. Nos últimos 5 anos, o Sr(a) achou que precisava consultar para os olhos mas por algum motivo não consultou?

Se o entrevistado disser que nunca sentiu necessidade ou nunca achou que precisasse consultar para os olhos, assinalar a questão (0), não deixou de consultar e pule para a questão A130.
Se a pessoa responder que deixou de consultar, assinale a alternativa (1) deixou de consultar, e passe para a pergunta A129.
Se a pessoa informar que consultou, mas perdeu a re-consulta, porque teve dificuldades de conseguir um exame que era necessário fazer antes de voltar ao médico, a entrevistadora deve assinalar a alternativa (1).

PERGUNTA A129. Qual o principal motivo de ter deixado de consultar para os olhos?

Se o entrevistado informar mais de um motivo para ter deixado de consultar, considerar o primeiro que ele referir como o principal.
Não ter conseguido a consulta, é sinônimo de dificuldade de marcar consulta ou de retornar a ela com o exame solicitado, ou seja, alternativa (01).
Se o entrevistado referir, como principal motivo para ter deixado de consultar, qualquer tipo de dificuldade financeira, assinalar alternativa (2), falta de dinheiro para a consulta, para comprar os óculos, para transporte ou outros.
Caso o entrevistado não entenda a pergunta, leia as alternativas.

PERGUNTA A130. Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas visitas com o dentista:

Ler as alternativas e se perceber dificuldade do indivíduo para responder ler novamente as alternativas.

PERGUNTA A131. Nesse último ano o Sr(a) fez alguma consulta de rotina?

Ler a definição e em seguida fazer a pergunta, se ele não se lembrar colocar “não sei”

PERGUNTA A132. Quando foi sua última visita com o dentista?

Ler o enunciado e esperar pele resposta – se a resposta for a de n̊ 1 pular para a questão A136.

PERGUNTA A133. Qual foi o motivo desta consulta?

Ler o enunciado, se não houver o motivo nas alternativas anotar em “outros” para posteriormente ser codificada.

PERGUNTA A134. Quando o(a) Sr.(a) necessita de dentista qual é o serviço que o(a) Sr.(a) procura primeiro?

Ler a pergunta e esperar pela resposta
Codificar como **particular** clínicas e consultórios onde o indivíduo paga pelo serviço prestado.
Codificar como **público** postos de saúde, faculdade de odontologia, unidades de saúde da família, etc
Codificar como **convênio** quando o indivíduo relatar possuir algum convênio odontológico.Também se relatar utilizar serviços do SESI, SESC ou SEST/SENAT

PERGUNTA A135. O(A) Sr.(a) já recebeu orientação do dentista de como fazer para evitar problemas nos seus dentes e gengivas ?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas.

PERGUNTA A136. Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas.

PERGUNTA A137. O(A) Sr.(a) acha que precisa ir ao dentista nas próximas semanas?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas, se necessário repetir as alternativas. Se notar dificuldade do indivíduo em responder, pedir para ele dizer primeiro sim ou não e só depois dar as duas opções de sim e as duas opções de não.

PERGUNTAS A138 A139 E 140.

Ler para o indivíduo as frases e as alternativas.

PERGUNTA A141. Desde <mês do ano passado**> o(a) Sr.(a) procurou orientação para a prática de atividade física, exercícios físicos, esportes ou ginástica?**

Nessa questão você deve perguntar se o(a) entrevistado(a) procurou orientação para a prática de atividade física, isto é, se ele buscou, por sua conta, informações sobre atividade física. Se ele não procurou orientações pule para a questão A143.

PERGUNTA A142. Se sim: **Onde?**

Você deve ler as opções de resposta e marcar as que o(a) entrevistado(a) referir, podendo ser mais de uma, e se o(a) entrevistado(a) falar algum outro que não está como opção marcar e escrever o que foi dito.
Na opção Serviço de Saúde considere qualquer serviço, ambulatórios de faculdades, hospitais, consultórios, postos de saúde.

"**AGORA VAMOS FALAR SOBRE VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA O(A) SENHOR(A) AQUI EM PELOTAS",** enfatizando que a violência tem que ter ocorrido aqui na cidade. Não é válido, por exemplo, se a pessoa tiver sido assaltada no ano passado, quando estava morando em Porto Alegre.

→ IMPORTANTE: peça para que o entrevistado NARRE a violência que ele sofreu, só assim você poderá discriminar o tipo de violência sofrida (se foi furto, roubo à

residência, etc). ANOTE os pontos principais da fala do entrevistado pois, assim, você poderá corrigir se marcou a resposta errada durante a entrevista. Se ficar em DÚVIDA, peça para o entrevistado repetir o relato da violência.

PERGUNTA A143. Desde <mês> **do ano de 2002, alguém lhe roubou algum objeto de valor na rua ou entrou na sua casa e roubou algo ou lhe agrediu fisicamente?**

Na primeira questão queremos saber se a pessoa foi vítima de violência nos últimos cinco anos. Aqui, só vale se a pessoa tiver sido vítima de furto, roubo, roubo à residência ou agressão.
É importante lembrar que, nesse caso, só é considerada a agressão em que o agressor não for uma pessoa da família. Se uma mulher relatar que foi agredida pelo marido, por exemplo, não conta como agressão.
Se a pessoa responder que não sofreu nenhum tipo de violência nos últimos cinco anos, ou não se lembrar se sofreu ou não violência nesse período, então encerre o questionário sobre violência → pule para a questão A154.
Se a pessoa responder sim, diga a frase: **Eu vou ler alguns tipos de violência e gostaria de saber de qual delas o(a) senhor(a) foi vítima nos últimos 5 anos em PELOTAS, ou seja, desde <mês> de 2002.**
→ IMPORTANTE: sempre que aparecer a expressão <mês> você deve ler o mês em que a entrevista está sendo feita. Por exemplo, se você estiver entrevistando a pessoa no mês de novembro, pergunte: desde <novembro> de...

PERGUNTA A144. Considere que roubo à residência é quando alguém entra na casa ou no pátio e rouba alguma coisa. O(a) Sr.(a) teve sua casa roubada?

Nessa questão queremos saber se a pessoa teve alguma coisa roubada de sua casa nos últimos 5 anos, ou seja, desde <mês> de 2002. Se ela responder que não, pule para a questão A146.
Se ela responder sim, vá para a pergunta A145.
→ IMPORTANTE: Lembre que aqui nos interessa se alguém entrou na casa, garagem ou pátio da pessoa e roubou alguma coisa. Não importa se o ato foi com ou sem violência, o que importa é que entraram na propriedade da pessoa e tiraram algo de valor.
→ Algumas pessoas podem relatar que os filhos, geralmente os envolvidos com drogas, roubaram alguma coisa – nesse caso, também considere como roubo à casa.

PERGUNTA A145. Quantos desses roubos à casa ocorreram desde <mês> **de 2006?**

Nessa questão queremos saber quantos dos roubos à residência que a pessoa sofreu ocorreram no ano passado, ou seja, desde <mês> de 2006. Por exemplo, se ela disser que o roubo ocorreu ou, no caso de mais de um roubo, que ocorreram há mais de um ano, escreva 00 roubos à casa.

PERGUNTA A146. Considere que furto é quando alguém rouba alguma coisa da gente sem violência ou ameaça. O(a) Sr.(a) foi furtado(a)?

Nessa questão queremos saber se a pessoa foi furtada nos últimos 5 anos, ou seja, desde <mês> de 2002. Se ela responder que não, pule para a questão A148.

Se ela responder sim, siga para a pergunta A147.

→ IMPORTANTE: o que diferencia o furto do roubo é que o furto acontece sem o uso de ameaça ou violência. Por exemplo: se uma mulher estiver no ônibus e sua carteira for tirada da bolsa sem que o indivíduo a ameace ou cometa qualquer tipo de agressão física contra ela, esse incidente é classificado como FURTO. Um outro exemplo de furto é a situação em que um rapaz está andando pela rua e um indivíduo tira o óculos que está em sua cabeça e sai correndo – nesse caso é FURTO pois não foi feita ameaça e nem houve agressão direta contra a vítima.

PERGUNTA A147. Quantos desses furtos ocorreram desde <mês> de 2006?

Nessa questão queremos saber quantos dos furtos que a pessoa sofreu ocorreram no ano passado, ou seja, desde <mês> de 2006. Por exemplo, se ela disser que o furto ocorreu ou, no caso de mais de um furto, que ocorreram há mais de um ano, escreva 00 furtos.

PERGUNTA A148. Considere que roubo é quando alguém rouba alguma coisa da gente com ameaça ou violência. O(a) Sr.(a) foi roubado(a)?

Nesta questão queremos saber se a pessoa foi roubada nos últimos 5 anos, ou seja, desde <mês> de 2002. Se ela responder que não, pule para a questão A150.
Se ela responder sim, passe para a pergunta A149.

→ IMPORTANTE: o que diferencia roubo de furto é que o roubo ocorre com o uso de ameaça ou violência. Por exemplo: se uma senhora estiver em um ônibus e um indivíduo entrar ameaçando atirar com um revólver se os passageiros não derem seus objetos de valor a ele, esse incidente é classificado como ROUBO. Da mesma forma, se um homem estiver na rua e um sujeito ameaça-lo com um canivete para que ele entregue a carteira e o celular, esse incidente é classificado como ROUBO, devido à ameaça à integridade física da vítima.

PERGUNTA A149. Quantos desses roubos ocorreram desde <mês> de 2006?

Nessa questão queremos saber quantos dos roubos que a pessoa sofreu ocorreram no ano passado, ou seja, desde <mês> de 2006. Por exemplo, se ela disser que o roubo ocorreu ou, no caso de mais de um roubo, que ocorreram há mais de um ano, escreva 00 roubos.

PERGUNTA A150. Considere que agressão é quando alguém é agredido fisicamente por uma pessoa. Nos importa saber das agressões que não foram cometidas por algum familiar. O(a) Sr.(a) foi agredido(a)?

Nessa questão queremos saber se a pessoa foi agredida nos últimos 5 anos, ou seja, desde <mês> de 2002. Se ela responder não, pule para a questão A152.
Se ela responder sim, passe para a questão A151.

→ IMPORTANTE: esta agressão é diferente da agressão cometida no roubo. Se a pessoa relatar que um indivíduo deu um soco nela para roubar a bolsa, este soco é uma agressão que se deve ao ROUBO e, portanto, não conta aqui como AGRESSÃO. No

entanto, se a pessoa relatar que foi agredida por ter discutido com um vizinho ou por ter brigado em um bar, estes atos são considerados como AGRESSÃO.

→ Lembre que a agressão só nos interessa se o agressor não for algum familiar próximo da vítima, tipo marido (ex-marido), filho, esposa, pai, mãe – diferenciar a agressão de violência doméstica (intrafamiliar).

PERGUNTA A151. Quantas dessas agressões ocorreram desde <mês**> de 2006?**

Nessa questão queremos saber quantas das agressões que a pessoa sofreu ocorreram no ano passado, ou seja, desde <mês> de 2006. Por exemplo, se ela disser que a agressão ocorreu ou, no caso de mais de uma agressão, que ocorreram há mais de um ano, escreva 00 agressões.

Leia a instrução: **AGORA EU GOSTARIA DE SABER SE O SR. (A) DEU QUEIXA NA POLÍCIA PARA ALGUM DESSES TIPOS DE VIOLÊNCIA DE QUE O SR.(A) FOI VÍTIMA.**

PERGUNTA A152. Peço que o(a) Sr.(a) diga para qual delas foi feita a queixa na polícia...

Nessa questão queremos saber se a pessoa deu queixa para a polícia da(s) violência(s) que sofreu. Algumas pessoas sofreram vários tipos de violência ou foram vítimas mais de uma vez da mesma. Por isso, essa questão tem quatro alternativas para a mesma violência.
Ela deve ser preenchida da seguinte forma: você deve ver quais tipos de violência e quantas vezes ela sofreu; então, marque os parênteses referentes à violência; não se ela não tiver dado queixa na polícia; e sim se ela tiver dado queixa.

→ Exemplos:
a) se a pessoa tiver sido furtada duas vezes e tiver registrado só na segunda vez que ela foi furtada, marque:

(X) 1° Furto X (0) Não (1) Sim (8) NSA
(X) 2° Furto (0) Não (1) SimX (8) NSA
( ) 3° Furto (0) Não (1) Sim (8) NSAX
( ) 4° Furto (0) Não (1) Sim (8) NSA X

b) se a pessoa tiver sido roubada uma vez e agredida 3 vezes; não tiver dado queixa do roubo, mas tiver dado queixa na segunda e na terceira vez que foi agredida, marque:

(X) 1° Roubo X(0) Não (1) Sim (8) NSA
( ) 2° Roubo (0) Não (1) Sim (8) NSAX
( ) 3° Roubo (0) Não (1) Sim (8) NSAX
( ) 4° Roubo (0) Não (1) Sim (8) NSAX

(X) 1° Agressão X(0) Não (1) Sim (8) NSA
(X) 2° Agressão (0) Não (1) SimX (8) NSA
(X) 3° Agressão (0) Não (1) SimX (8) NSA

( ) 4° Agressão (0) Não (1) Sim (8) NSAX

→ Instrução: Se foi dado queixa para todas as violências sofridas, pule para a questão A154.

PERGUNTA A 153. Qual foi o principal motivo para que o(a) Sr.(a) não desse queixa na polícia?

Nessa questão queremos saber por que a pessoa não deu queixa da(s) violência(s) que sofreu para a polícia. Se a pessoa responder mais de um motivo, saliente que ela deve dizer qual o principal motivo pelo qual ela não deu a queixa. Não leia as alternativas, apenas marque a que estiver mais de acordo com a resposta da pessoa. Se ela responder algum outro motivo que não estiver citado nas alternativas, marque um "x" em "outro" e escreva qual o motivo.

PERGUNTA A154. O(a) Sr(a) está trabalhando atualmente?

Não leia as opções de resposta para o entrevistado.
Quando a resposta for **NÃO**, pergunte se ele(a) realmente está desempregado(o). EX: uma pessoa responde **NÃO**. Você então pergunta se está desempregado. Caso a pessoa diga que está aposentada, anote (2) aposentado e coloque "88" para meses e para anos de desempregado.
Caso a resposta for **NÃO** e o indivíduo confirmar que está desempregado, pergunte há quanto tempo. Se a resposta for em anos, anote o número de anos na margem do questionário. Se a resposta for em meses, anote o número de meses.
Anote "00" em meses caso a resposta tenha sido dada em anos.
Anote "00" em anos caso a resposta tenha sido dada em meses.
Caso o entrevistado(a) dê uma resposta não contemplada nas alternativas, assinale **"OUTROS"** e anote a resposta.

PERGUNTA A155. O(A) Sr.(a) se considera ....? (LER OPÇÕES)

Leia as alternativas e anote a resposta.

PERGUNTA A156. O(a) Sr.(a) tem alguma religião?

Assinale a resposta.
Caso a resposta seja **NÃO**, pule para a pergunta A158.

PERGUNTA A157. Qual?

Assinale apenas uma opção.
Quando a resposta for umbanda, assinale a resposta afro-brasileira.
Se a resposta não estiver contemplada em alguma das alternativas, assinale a opção **OUTROS** e anote o nome da religião informada pelo(a) entrevistado(a).

PERGUNTA A158. Nos últimos 30 dias o Sr.(a) foi à missa, culto ou sessão religiosa?

Se a resposta for **NÃO**, pule para a pergunta XX.
Se a resposta for **SIM**, pergunte quantos dias ele(a) freqüentou alguma missa, culto ou sessão religiosa nos últimos 30 dias.
Caso o entrevistado dê uma resposta em número médio de dias por semana, multiplique por 4 para dar o número de dias nos últimos 30 dias. Essa multiplicação deve ser feita ao final da entrevista, depois de deixar a casa do entrevistado
Ex: "Fui à missa umas 2 vezes por semana nestes últimos 30 dias". 4 x 2 = 8 (resposta a ser anotada).

PERGUNTA A159. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou alguma outra bebida de álcool?

Caso o(a) entrevistado(a) cite alguma outra bebida de álcool como bebidas do tipo "ice", "batidas", "rum", coloque **SIM** na resposta. Caso seja citada alguma bebida diferente das apontadas acima, anote o nome desta bebida ao lado da pergunta.
Se a resposta for **NÃO**, pule para a pergunta A161.

PERGUNTA A160. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias, por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr(a) consumiu bebidas alcoólicas?

Preencha com o número de dias, por semana ou por mês, conforme a resposta dada pelo entrevistado(a), que ele(a) consumiu bebidas alcoólicas. Caso ele(a) tenha respondido por semana, preencher o espaço "por mês" com 00. Se, ao contrário, ele(a) responder por mês, preencha o espaço por "por dia" com 00.

PERGUNTA A161. Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia?

Preencha com o número médio de doses ingeridas nos dias em que o(a) entrevistado(a) bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.
Caso o(a) entrevistado(a) não recorde o que é uma dose, releia o enunciado acima da questão explicando o que é uma dose.
Se o entrevistado responder em garrafas de cerveja, leia novamente ao entrevistado o que é uma dose. Caso ele ainda responda em garrafas de cerveja, só tenha a preocupação de ver que tipo de garrafa e anote a resposta ao lado. Ex: 2 garrafas de cerveja (grande, não long-neck) por dia.

PERGUNTA A162. O(a) Sr.(a) acha que fazer atividade física é importante para a saúde?

Com esta pergunta, queremos saber se o entrevistado considera que praticar atividade física pode trazer benefícios para a saúde. Por atividade física, entende-se qualquer tipo de movimento feito de maneira voluntária, por exemplo: esportes, caminhada, ginástica, dança e outras.

PERGUNTA A163. Posso medir sua pressão novamente?

Nesta questão você só vai medir a pressão do entrevistado se você já tiver realizado a primeira medida anteriormente. Para esta questão, utilize as seguintes instruções:

1) No tempo decorrido entre a primeira e a segunda medida, novamente o participante não deve ter se alimentado, bebido, fumado ou se exercitado neste período. Pergunte se ele(a) está com vontade de urinar. Se sim, peça para que ele faça xixi antes de medir a pressão. Quando ele voltar, espere 5 minutos para fazer a medida;
2) Para realizar a segunda medida, já deverá ter decorrido pelo menos 5 minutos entre a primeira e a segunda medida;
3) O participante deverá estar sentado em uma cadeira com os pés apoiados no chão (ver a figura 1).
4) Perguntar para a pessoa qual é a mão que ela usa mais (para escrever, trabalhar etc). Se apessoa usa mais a mão direita (ou seja, se for destra), colocar o manguito no punho direito; se ela usa mais à esquerda (ou seja, se for canhota), colocá-lo no punho esquerdo. **Atenção: não coloque o manguito sobre a roupa.** Então, envolva o punho direito ou esquerdo, conforme a mão dominante, com o manguito, deixando uma distância de aproximadamente um dedo indicador entre a borda do manguito de pulso e a articulação do punho;
5) Pressionar levemente o velcro para que ele se fixe bem;
6) Posicionar a unidade ao nível do coração como mostra a Figura 1;
7) Solicitar que o participante permaneça imóvel e não fale durante a medição;
8) Apertar Start para iniciar a medição. Caso não inicie, apertar Stop e Start novamente. Para desligar o aparelho, apertar Stop.
9) Realizar o registro como mostrado no monitor, ou seja, o maior valor você registra no primeiro campo, onde diz HS2. O menor valor registre em HD2. Veja ilustração na Figura 1. Escreva no cartãozinho da pressão o valor desta última medida e deixe com o participante. Atenção: você só deverá anotar no cartãozinho o valor da segunda medida da pressão.

Preencha os espaços HS2 e HD2 e deixe em branco o espaço que diz "média".

Se o entrevistado perguntar como está a pressão e se essa estiver maior ou igual a 140 mmHg e/ou 90 mmHg, responda que "está um pouco alta" mas que a medida em um único dia não diz se a pessoa tem pressão alta ou não. É preciso medir em um outro dia.

No final da entrevista, diga para o entrevistado que <u>algumas</u> pessoas vão receber mais uma ou duas visitas e que a pressão poderá ser medida novamente.

Anexo 4

Questionário da revisita

Avaliação de Hipertensão Arterial Sistêmica

Número da etiqueta ____________________________ *Nh _ _ _ _ _ _*

Nome do entrevistado____.

Idade: ___ ___ ___ Idh __ __ __

Endereço: ____.

Telefone: _______________________

Data:______________________

1) Na sua primeira entrevista, lembra sobre o que a entrevistadora lhe fez perguntas?

Assunto	Espontaneamente (1)	Induzido sim (2)	Induzido não (3)	
Tabagismo				*Tabh* __
Doação de sangue				*Doah* __
Articulações				*Artih* __
Atividade física				*Afish* __
Dor no peito				*Dorh* __
Pressão alta				*Paltah* __
Intestinos				*Intesh* __
Serviço médico				*Smedh* __
Olhos				*Olhosh* __
Dentista				*Denth* __
Violência				*Violh* __
Felicidade/religião				*Relh* __
Álcool				*Alch* __
Renda				*Rendah* __
Alimentação				*Fomeh* __

1) Medida do pulso *Push* __ __ __

__ __ __ cm

2) Medida da pressão arterial:

PAS1 ___ ___ ___ mmHg *PAS1* __ __ __

PAD1 ___ ___ ___ mmHg. *PAD1*__ __ __

Esperar, pelo menos 5 minutos, para realizar a segunda medida da PA

3) Segunda medida da pressão arterial:

PAS2 ___ ___ ___ mmHg *PAS2* __ __ __

PAD2 ___ ___ ___ mmHg. *PAD2*__ __ __

Média: PASM ___ ___ ___ mmHg *PSM* __ __ __

PADM ___ ___ ___ mmHg. *PDM* __ __ __

4) Utiliza alguma medicação? Quais?

____

____

Anexo 5

Normas para publicação de artigos científicos da revista "Cadernos de Saúde Pública"

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento de saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) Revisões – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8000 palavras); (2) Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6000 palavras); (3) Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) Artigos especiais - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor: (7) Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O origina deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte *Times New Roman*, O original deve ser apresentado tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma

página de rosto, título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência onde constará título completo (no idioma original e em inglês). Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (http://www.wma.net/e/policy/b3.htm), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos

sobrescritos (Ex.: Silva [1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (http://www.icmje.org).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. Trans R Soc Trop Med Hyg 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. Mol Biol Evol 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.

Documentos legais

Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. http://www.ibge.gov.br (acessado em 05/Fev/2004).